

# Självständigt arbete på grundnivå

*Independent degree project – first cycle*

Socialt arbete 15 hp

*Social work 15 credits*

**Pedofili-**

Den socialt oacceptabla diagnosen

**Lisa Lindqvist & Sandra Bengtsson**



**Mittuniversitetet**

MID SWEDEN UNIVERSITY

**Campus Härnösand** Universitetsbacken 1, SE-871 88. **Campus Sundsvall** Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

**Campus Östersund** Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

## Sammanfattning

Syftet med denna studie är att undersöka hur stigmatisering av ämnet pedofili påverkar tillgängligheten och möjligheten att söka hjälp och vård då stigmatisering av den sexuella avvikelser leder till sociala konsekvenser för individer med diagnosen. För att uppfylla syftet har intervjuer genomförts med kuratorer, psykologer samt enhetschefer vilka samtliga kan komma i kontakt med pedofiler i sitt arbete. Insamlad data har vi analyserat med hjälp av de teoretiska perspektiven *stämplingsteori*, *skuld och skam* samt *kognitiv dissonans*. Resultaten visar att det finns specialiserad hjälp att få i Sverige men att det är svårt att nå ut med den. Utifrån den analys som görs visar studien att det rådande stigmat i ämnet påverkar tillgängligheten och möjligheten till hjälp.

Nyckelord: Pedofili, behandling, stigmatisering och social exkludering.

## MITTUNIVERSITETET

Avdelningen för Socialt arbete

**Examinator:** Masoud Kamali, [masoud.kamali@miun.se](mailto:masoud.kamali@miun.se)

**Handledare:** Ulf Engqvist, [ulf.engqvist@miun.se](mailto:ulf.engqvist@miun.se)

**Författare:** Sandra Bengtsson, [sabe1505@student.miun.se](mailto:sabe1505@student.miun.se) & Lisa Lindqvist, [lili1503@student.miun.se](mailto:lili1503@student.miun.se)

**Utbildningsprogram:** Socionomprogrammet, 210 hp

**Huvudområde:** Socialt arbete

**Termin, år:** VT, 2018

## **Förord**

Efter blod svett och tårar vill vi ta chansen att tacka vår handledare Ulf Engqvist samt de personer som ställt upp som respondenter, vilka visat stort tålamod för vår bristande kompetens att genomföra professionella intervjuer. Utan er hade vår kandidatexamen varit att glömma.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning/bakgrund .....</b>	<b>1</b>
1.1 Inledning.....	1
1.2 Syfte och Frågeställningar .....	2
1.3 Förklaring av begreppet pedofili .....	3
<b>2. Kunskapsöversikt.....</b>	<b>3</b>
2.1 Betydelse av behandling.....	4
2.2 Vad erbjuds i behandlingsväg.....	5
2.3 Hinder för att söka hjälp .....	6
<b>3. Teoretiska perspektiv .....</b>	<b>7</b>
3.1 Stämplingsteori.....	7
3.2 Skuld och skam.....	9
3.3 Kognitiv dissonans.....	9
<b>4. Metod.....</b>	<b>10</b>
4.1 Intervjuer.....	11
4.2 Undersökning av Primärvården .....	13
4.3 Bearbetning av material .....	14
4.4 Metodproblem.....	14
4.5 Reliabilitet och validitet.....	15
4.6 Etiska överväganden.....	16
4.7 Avgränsning.....	17
4.8 Arbetsfördelning.....	17
<b>5. Resultat och analys.....</b>	<b>18</b>
5.1 Tillgänglighet av behandling.....	19
5.1.1 Vilka erbjuder behandling? .....	19
5.1.2 Komma i kontakt.....	20
5.1.3 Skyddet av den hjälpsökandes integritet.....	22
5.1.4 Vad erbjuds? .....	24
5.2 Stigmatiseringens påverkan och effekter .....	26
<b>6. Diskussion.....</b>	<b>30</b>

## Referenser

## Bilagor

# 1. Inledning/bakgrund

## 1.1 Inledning

Begreppet pedofil väcker för många en känsla av obehag och avsky gentemot personerna bakom diagnosen, detta trots att pedofili i sig inte är brottsligt utan enbart utförda handlingar relaterade till pedofilin. Men är pedofili en sjukdom, störning, läggning eller ren ondska? Väljer pedofiler sin sexuella avvikelse, föds de med det eller är det egna erfarenheter och sociala faktorer hos individen som skapar det? Går det att genom behandling förändra det sexuellt avvikande "tändningsmönstret", det vill säga en systematisk sexuell dragning mot barn, eller ska individens beteende straffas bort? Frågorna kring pedofili är många och meningar och förklaringar är delade, samtidigt som pedofili sägs vara ett forskningsområde med låg status och ett av de svåraste forskningsområdena inom beteendevetenskapen på grund av stigmat kring sexuella avvikelser (Martens, 1998). Det är dock socialvetarens uppgift att ställa frågor likt dessa för att samla kunskap som kan hjälpa oss förklara, förstå och se sammanhang för avvikande beteenden på både strukturell- och individuell nivå (Eliasson-Lappalainen, Jacobsson, Meeuwisse & Swärd, 2015).

Enligt Jahnke, Philipp, & Hoyer (2015a) har samhällets syn på- och stigmatisering av personer med pedofili påverkan på yrkesverksamma som kommer i kontakt med ämnet, i frågan kring att erbjuda dessa personer den hjälp och stöd de är i behov av. Felaktiga stereotypa antaganden om kriminellt beteende samt föraktade och fientliga attityder hos vårdpersonal leder till oriktiga beslut vilket i sin tur kan resultera i en avskräckande reaktion hos flera som valt att söka hjälp (Levenson, Willis & Vicencio, 2017). Följande citat är hämtat från en podcast där Welander (2017, 27 Mars) intervjuar en ung kille som upptäckt att han har en sexuell dragning till barn.

*“Om man kunde acceptera i samhället att det här, att det finns och att det är ett problem för många, att det inte är alla som njuter av det. Om man kunde acceptera och se till att göra det lättare att få hjälp med det först och främst, för att det hat mot pedofiler som finns så är det så oerhört svårt att få hjälp med det. Man vågar inte ens liksom, jag har gått och träffat psykologer och allt möjligt så länge som helst men jag har aldrig vågat ta*

*upp det här ämnet med dem. Inte ens med de professionella som jag vet inte öppet skulle döma mig. Det känns ändå, man vågar liksom inte prata om det med någon.” (Welanders, 2017, 27 mars).*

Studier visar att många till följd av pedofili är uteslutna från sociala sammanhang och lider av utanförskap, isolering och psykisk ohälsa (Bering, 2013). Svensson (2012) menar att det är samhällets ansvar att möjliggöra för pedofiler att våga söka vård. Kunskap gör det möjligt att förändra och utveckla såväl behandling som föreställningar inom det sociala arbetet och på så sätt möjliggöra en bättre och tillgängligare hjälp (Eliasson-Lappalainen et al., 2015). Genom att kommunicera om ämnet pedofili kan vi också skapa en öppen social miljö där personer uppmuntras att söka behandling och främja ett samhälle som stödjer förändringar. På så sätt skulle vi kunna minska sexuella övergrepp och förebygga brott (Houtepen, Sijtsma & Bogaerts, 2016). Enligt Bering (2013) bör pedofili ses som en social fråga utifrån de konsekvenser det sexuellt avvikande tändningsmönstret kan få-, dels för personer med diagnosen och dels av de följder pedofili riskerar att resultera i om personen handlar utifrån fantasier och begär.

Personer som lider av pedofili mår ofta psykiskt dåligt och det kan tänkas att de liksom personer med andra sexuella avvikelser i första hand vänder sig till hälso- och sjukvården för att få hjälp med deras psykiska ohälsa. Väl inom systemet kan den hjälpsökande tänkas erbjudas samtalsstöd med en kurator, vilken vanligtvis är en socionom. Men hur ser det ut i Sverige? Var kan personer lidande av pedofili vända sig för hjälp? Vilka behandlingsmöjligheter finns? Och kan det vara så att stigmatiseringen begränsar tillgången till vård och behandling?

## **1.2 Syfte och frågeställningar**

I studien undersöks om samhällets stigma av den sexuella avvikelserna pedofili leder till sociala konsekvenser för individen bakom diagnosen genom att undersöka om stigmatiseringen påverkar tillgängligheten och möjligheten att söka hjälp och vård.

- Hur ser tillgången till behandling ut i Sverige geografiskt?
- Påverkar stigmatisering tillgängligheten till behandling i Sverige?

### 1.3 Förklaring av begreppet pedofili

Enligt American Psychiatric Association (2013) är pedofili en psykisk störning vilken går att återfinna i Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-5]. American Psychiatric Association har till uppgift att bland annat sammanställa manualer innehållande kriterier och koder för olika psykiatriska störningar. För att diagnostiseras med den psykiatriska diagnosen pedofili ska följande tre kriterier uppfyllas:

- Personen ska under minst sex månader ha återkommande, starka sexuellt upphetsande fantasier, sexuell begäran eller beteende gällande sexuell aktivitet rörande ett eller flera förpubertala barn (vanligen 13 år eller yngre).
- Personen har agerat ut sexuell begäran, eller plågas av- och/eller ger sociala svårigheter till följd av sexuell begäran eller fantasier.
- Personen är minst 16 år gammal, och minst fem år äldre än det eller de barn första kriteriet avser.

Utifrån att *pedofili* bekräftas som *psykisk störning* med beskrivning att en person har en systematisk sexuell dragning mot barn, dvs. ett *sexuellt avvikande tändningsmönster*, kommer dessa begrepp att användas i studien.

## 2. Kunskapsöversikt

För att få en bild över kunskapsläget togs kontakt med Mittuniversitetets bibliotek för assistans med sökord och val av databaser för sökningarna. De sökord som används är Perv, Pedophil\*, "Sexual offender", Stigma\*, Exklusion\*, Treatment\*. Litteratursökningen gjordes i första hand i databasen ProQuest Social Sciences men också PsycInfo och Social Abstract avsöktes. Enligt Lööf (2005) kan det vara en god ide att göra en omfattande sökning på studiens ämne för att få en överblick på vilken litteratur som finns. Genom att söka efter nyligen gjorda litteraturöversikter kan man hitta den senaste forskningen relaterat till ämnet. Vi breddade sökningen genom att använda oss av databaserna föreslagna Thesaurus samt kombinera sökningarna med "systematic review". Sökningarna genererade flera användbara artiklar och vi använde även artiklarnas referenslistor för att handplocka ytterligare intressanta artiklar. Sökningar har också gjorts på svenska vilket inte resulterade i fler artiklar men däremot flera av de böcker som refereras till i studien.

## 2.1 Betydelse av behandling

Inom forskningen förs diskussioner avseende pedofili och förklaringar till fenomenet och det finns ännu ingen samstämmig förklaring över vad som orsakar störningen. Forskning har börjat undersöka om personer med pedofili är kvalitativt annorlunda (Stephens, Cantor, Goodwill, Seto & Davila, 2017) och det tyder på att det finns neurologiska samband (Bering, 2013). Samtidigt menar Berlin (2014) att ett pedofilt beteende inte går att definiera enbart genom medicinska faktorer utan att störningen är heterogen och måste förklaras utifrån situationella och individuella faktorer. Personer med pedofili har en ökad risk att begå sexuella övergrepp men pedofila fantasier är inte tillräckliga för att förklara sexuella övergrepp (Jahnke, Schmidt, Geradt & Hoyer, 2015b). Däremot är pedofili och dess tillgänglighet till behandling nödvändigt att diskutera i frågor rörande preventivt arbete mot sexuella övergrepp mot barn (Jahnke et al, 2015a).

Behandling av personer med oönskade sexuella attraktioner syftar till att hjälpa dem hitta verktyg för att kunna kontrollera och själv reglera sina känslor och fantasier. Studier visar att det finns riskfaktorer hos människor vilket ökar risken för att personer handlar efter känslor och begär trots kunskapen om vad de utsätter offren för. Exempelvis är avsaknad av självreglering samt missanpassade strategier som missbruk sådana riskfaktorer (Houtepen et al., 2016).

Avvikande stigmatiserade egenskaper, ex. sexuell läggning utgör en nära och konstant stress för dessa personer (Imhoff & Jahnke, 2018). För de som vill ha hjälp men upplevt att de fått felaktigt stöd och därav inte uppnått önskade resultat har det resulterat i negativa konsekvenser, bland annat förvärring av psykiska symtom som depression, självmordstankar, isolering, förlorad produktivitet, rädsla och ångest, hopplöshet och drogmissbruk (Levenson et al., 2017), vilka även dessa diskuteras som riskfaktorer för att begå sexuella övergrepp (Imhoff et al., 2018). Behandling utförd professionellt med ett empatiskt förhållningssätt har dock goda resultat i förändring av beteende och reglering av sexuella dragningen genom att personerna ges tillgång till användbara strategier för att kontrollera deras sexuella intresse (Houtepen et al, 2016). Vidare menar Houtepen et al, (2016) att det behövs mer forskning om behandlingsprogram som ger pedofiler stöd och verktyg för att lindra sin sexuella upphetsning samt hjälper dem att bättre förstå sina känslor.



## 2.2 Vad kan erbjudas som behandling mot pedofili?

Enligt Baez-Sierra, Balgobin och Wise (2016) ger behandling av pedofila störningar (avvikelse från den sexuella normen) upphov till en mängd etiska dilemman då individer mer eller mindre tvingas till den. Personer som har diagnosen pedofili är en heterogen grupp vilket gör att en och samma terapi eller läkemedelsbehandling inte passar alla. Därför varierar behoven av psykoterapi och eventuell läkemedelsbehandling. Vidare menar Baez-Sierra et al., (2016) att den litteratur som finns tillgänglig angående behandling av pedofili gjord på urvalsgrupper som begått sexuella övergrepp. Mellan år 2005–2011 genomfördes dock en studie i Tyskland på en grupp individer som själva identifierat sig som pedofiler. Behandlingens interventionsstrategier var ett multidisciplinerat behandlingsprogram med farmakologiska, psykologiska och sexologiska interventionsstrategier. Resultatet visade att man genom ett multidisciplinerat behandlingsprogram kan förebygga att individer med pedofili begår sexuella övergrepp mot barn (Beier, Grundmann, Kuhle, Scherner, Konrad & Amelung, 2015).

De behandlingsinsatser som erbjuds i Sverige finns främst för personer som lagförts för sexuella övergrepp mot barn. Den behandlingsinsats som vanligen förekommer inom svensk kriminalvård, när det gäller personer som dömts för sexuella övergrepp eller våldtäkt mot barn/unga är Relation och samlevnad [ROS], vilken är ett behandlingsprogram utvecklat för män. Programmet utförs i grupp och baseras på kognitiv samtalsterapi (Socialstyrelsen, 2011). Kognitiv beteendeterapi anses vara grunden vid behandlingen för patienter med parafili (Baez-Sierra et al., 2016). ROS behandlar fem förändringskomponenter; kognitiva förvrängningar, relationer och social förmåga, empati och offermedvetenhet, hantering av känslor samt avvikande sexuella fantasier och sexuell upphetsning. Uppgifter från en kriminalvårdsanstalt som erbjuder ROS visar att 28 procent av de intagna exkluderas från terapin på grund av språkhinder. Patienter dömda till rättspsykiatrisk vård erbjuds inte ROS utan enbart individuell terapi med psykodynamisk eller kognitiv beteendeterapeutisk inriktning. ROS finns även tillgängligt för ungdomar med beslut om insats från Socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2011).

Utöver samtalsterapi förekommer läkemedelsbehandling i form av antiandrogen hormonbehandling vilken sänker testosteronhalten och hämmar därmed sexualdriften. Behandlingen syftar till att dämpa de sexuella impulser och dess upptagenhet men ändrar

inte personens tändningsmönster (Socialstyrelsen, 2011). I andra länder förekommer Selektiva serotoninåterupptagshämmare [SSRI] vid farmakologisk behandling av parafili vilket sänker den sexuella upphetsningen genom att öka serotonin. SSRI är ett läkemedel som används vid depression men som forskare sett ger goda effekter vid sexuellt oönskat tändningsmönster (Baez-Sierra et al., 2016).

### **2.3 Hinder för att söka hjälp**

Stereotypa övertygelser inkluderar vanligen att pedofilier är extremt farliga (Jahnke et al., 2015b) och en sexuell attraktion till barn är en av de mest föraktade egenskaper en människa kan ha. Forskning visar att det är tillräckligt med endast information om att någon har pedofila intressen för att framkalla en önskan att undvika eller straffa denna person, även om inga överträdelser nämns (Janke, 2018). På grund av stigmatiserande attityder i samhället väljer många personer med pedofili att behålla sina sexuella intressen som hemliga då de är rädda att angripas av allmänhetens fientliga reaktion. Den personliga säkerheten och viktiga sociala och professionella relationer riskeras om personens sexuella intresse på något sätt avslöjas (Jahnke et al., 2015b).

Jahnke et al. (2015b) menar att media bidrar till de fientliga attityderna genom att använda begreppet pedofil för att väcka starka reaktioner hos läsare. Media kan även ha en inverkan på pedofilernas motivation till att söka hjälp då framställan av pedofili påverkar människors antaganden. Om medierna hävdar att sexualiteten är en neurologisk åkomma som inte kan förändras utan enbart kontrolleras kan motivationen till att söka hjälp minska (Briken, 2015). Jahnke (2018) menar att erkännandet av pedofili som en sexuell läggning och tydliga skiljelinjer mellan kriminellt beteende och sexuell attraktion skulle bidra till att minska stigmatiseringen av ämnet vilket också skulle förenkla för personer att söka hjälp och behandling.

Ett annat problem stigmatiseringen av ämnet medför att personer med pedofili räds kontakt med professionella på grund av antaganden om negativa reaktioner från dem (Jahnke et al., 2015b). En studie visar att omkring 40 procent av personer som sökt hjälp inte har valt att fortsätta med behandling då det blivit bemött av felaktiga stereotypa antaganden om kriminalitet samt informerats om att de ska bli rapporterade till myndigheter. Dessutom upplevde de att metoderna som användes saknade empati och medkänsla och snarare

riktade sig mot social kontroll. Studier styrker dessa antaganden om bristande yrkeskompetens inom området (Levenson et al., 2017).

Även strukturella faktorer som tillgång, kostnad och tillgänglighet påverkar frekvensen av antal vårdsökande (Levenson et al., 2017). Det är nödvändigt att personerna som är i behov av behandling är motiverade till förändring för att kunna genomföra lämplig behandling. Det finns inga entydiga linjer hur motivationen kan öka om personen själv har en låg vilja att ändra sig (Bering, 2013). Däremot finns det faktorer som minskar motivationen, så som bristande känslomässiga, sociala och kognitiva tillgångar, vilka även är följder av den stigmatisering och utanförskap avvikelsen genererar (Jahnke et al., 2015b).

### **3. Teoretiska perspektiv**

I det här avsnittet presenteras de teorier och begrepp som är aktuella i resultat- och analysdelen. Teorierna hjälper oss förstå och förklara det empiriska material vi samlat in genom intervju och telefonenkäter (Bell & Waters, 2014). Med stöd av stämplingsteori och stigmatisering vill vi analysera huruvida utanförskapet, som är en effekt av stämplingen, påverkar den som lever med pedofili. De kan hjälpa oss att få en förståelse för varför individer som lever med pedofili ofta lever i tystnad och inte vågar söka hjälp.

#### **3.1 Stämplingsteori**

Stämplingsteorin tillhör både socialpsykologin och kriminologin och har sina rötter i den symboliska interaktionismen. Teorin förklarar hur ett avvikande beteende hos individen skapas i och av samhället. Forskare inom teorin menar att ett avvikande beteende inte har med individens egenskaper eller personlighet att göra. De menar istället att ett avvikande beteende formas utifrån samhällets reaktioner från en viss avvikande handling. Vad som är ett socialt avvikande beteende beror på kontexten och förändras med tiden - Kriminalitet är ett exempel på ett avvikande beteende som samhället är med och skapar. Där personen som begår brottet identifierar sig i samhällets negativa reaktion. Det beror på att individen speglar sig själv i den stämpel samhället givit hen och agerar därefter (Svensson, 1992). Då pedofili starkt förknippas med kriminella handlingar går det att dra paralleller mellan hur ett kriminellt avvikande beteende påverkas av en stämpling och hur personer med pedofili påverkas (Berlin, 2014).

Enligt stämplingsteorin går alla människor igenom en eller annan period i livet där de går emot samhällets normer genom ett avvikande beteende. Detta benämns som primära avvikelser och har ingen större påverkan på individens liv. Stämplingen sker när individens avvikelse från normen upptäcks av samhället. Genom stämplingen blir individen tilldelad ett avvikande beteende, vilket i sin tur kan leda till konsekvenser för individen. När individen börjar forma sin självbild utifrån avvikelsen och samhällets stämpel kallas det för en sekundär avvikelse (Svensson, 1992).

En stämpel behöver inte alltid betyda något negativt utan det kan leda till att personen som blivit stämplad söker sig till likasinnade och finner tillhörighet och gemenskap med dem (Angelöw & Jonsson, 2000). Samtidigt menar Boglind, Lundén & Näsman (1974[1973]) att det finns risker med denna positiva aspekt. När det kommer till brottslighet kan det innebära en kumulativ effekt där personen i fråga söker sig till andra kriminella vilket gör det svårare att komma ifrån det kriminella beteendet. Pedofili är inte brottsligt i sig, dock medför utanförskapet och stigmatiseringen en potentiell risk att personen söker sig till likasinnade och ökar därför risken att begå ett sexualbrott mot barn (Jahnke et al., 2015b).

Begreppet stigmatisering är nära relaterat till stämplingsteorin och handlar om hur individer blir diskriminerade utifrån egenskaper och förutfattade meningar. Det tillhör människans natur att kategorisera för att kunna förstå och skapa ordning i tillvaron. Stigmatiseringen kan leda till att de individer som blir drabbade riskerar hamna i utanförskap och isoleras från samhället. Det bidrar till ett vi och dem där dem anses vara något avvikande som skiljer sig från majoritetssamhället. Genom de värderingar och normer i ett samhälle skapar människan ett kategoriskt vi och dem (Jahnke et al., 2015b).

Studier har visat att personer som lever med pedofili stigmatiserar sig själva utifrån samhällets bild av vad en pedofil är. Det kan leda till att personen ifråga drar sig undan och exkluderar sig själv från samhället (Harper, Bartels & Hogue, 2016). Då stigmatiseringen för med sig allvarliga konsekvenser såsom psykisk ohälsa, depression, ångest och social isolering, kan stigmat öka risken för att en individ med pedofilstörning begår sexualbrott mot barn (Jahnke, 2018). Det är därför av vikt att belysa ämnet pedofili utifrån stämplingsteorin.

### **3.2 Skuld och skam**

Skam en vanligt förekommande känsla hos individer som lider av sina pedofila fantasier. Ordet skam betyder att täcka. Att gömma undan något genom att inte visa sin egen svaghet. Skam är kopplat till negativa känslor såsom oduglighet och tvivel. En känsla få väljer att tala högt om. Känslan kan komma plötsligt och en kan känna sig naken inför sin egen svaghet. Skammen har sin grund i självtvivel och blir påtaglig i relation till andra människor. Skam handlar om vad vi gör i relation till andra individer. Det kan väcka känslor av att inte känna tillhörighet till en grupp människor. Det är något som är svårt att tala om och som ger individen en känsla av otillräcklighet och negativa associationer. Det kan handla om mörka eller smutsiga tankar som är så skamfylldt att en inte kan dela med sig av dem (Cullberg Weston, 2008).

Att bära på skam är en tung känsla för individen. Känslan kan leda till att individen drar sig undan andra människor och håller saker inom sig. Skam är något samhället kan sätta som en stämpel på en människa. Det som majoritetssamhället anses vara avvikande och något som går emot gemene man. Genom skam exkluderas vissa grupper och får inte vara en del av helheten. Då dessa individer ses som avvikande (Cullberg Weston, 2008).

Skam bygger på något en är medan skuld är något en gör; en handling. Skuld är en känsla av att ens handlingar är fel och byggs av ett erkännande och en vilja att förändra ens handlingar. Det kan handla om att känna ångest, be om ursäkt eller på annat sätt försöka förändra en situation. Skuld uppkommer när en individ känner att hen brutit mot samhällets normer och den största skillnaden mellan skuld och skam är att skuld handlar om en självutvärdering av redan begångna handlingar (Proeve & Howells, 2002). Både skuld och skam handlar om avvikandet från normen vilket innebär att känslorna kan vara vanligen förekommande hos personer med pedofili.

### **3.3 Kognitiv dissonans**

Kognitiv dissonans handlar om obalansen som uppstår när en individ upptäcker eller agerar mot sina eller samhällets normer och värderingar. Det finns en eftersträvan inom oss människor att vara eniga och sanna med oss själva. Ett exempel som visar hur kognitiv dissonans kan uppstå är rökning. Det är allmänt känt att rökning är något som kan leda till döden, trots detta är det många som gör det. Detta kan förklaras med att individen

rationaliserat eller förklarat bort dissonansen genom att övertyga sig själv. När dissonans uppstår, beroende på hur stark den är, kan individen själv arbeta fram argument och anledningar till att sudda ut dissonansen. Det kan handla om att en anser att njutningen är värd mer än risken för cancer, eller att det finns andra saker som är farligare än rökning, därför är det okej att röka. När individen lyckas med att balansera ut dissonans är det möjligt för individen att leva vidare utan någon större psykisk påfrestning. Det är dock inte alltid möjligt att rationalisera eller förklara bort dissonansen. När dissonansen kvarstår uppstår psykiska belastningar och känslor som skuld, skam och självförakt blir påtagliga, vilket kan leda till att individen anpassar sitt liv för att undvika dissonansen (Festinger, 1976[1962]). Detta är något som är vanligt förekommande för personer med pedofili. Genom att hitta egna förklaringar till att tankarna är okej jämnar de ut dissonansen vilket ökar risken att personen i fråga begår sexualbrott (Houtepen et al., 2016).

#### **4. Metod**

Kvalitativa studier syftar till att söka en djupare förståelse för den sociala verklighet vi lever i och utmärker sig genom att de ofta tolkar och analyserar data utifrån individers upplevelser (Bryman, 2016). Denna studie ämnar belysa ämnet och skapa en förståelse för hur stigmatiseringen påverkar behandlingsmöjligheterna för de som lever med pedofili. Enligt hermeneutiken kan vi, genom att tolka och analysera texter och mänskliga interaktioner, förstå den sociala verklighet vi lever i (Patel et al., 2011). Hermeneutiken strävar efter att hålla människan i fokus då det är utifrån människans subjektiva upplevelser vi kan förstå verkligheten (Bryman, 2002). I undersökningen används en hermeneutisk ansats vid tolkning av resultaten då kuratorer/psykologers och experters subjektiva upplevelser lyfts fram.

Enligt Eriksson-Zetterquist et al., (2011) bör frågeställningarna styra vem eller vilka man väljer att intervjua. Det är ett brett antal yrkesgrupper som arbetar med just pedofili, allt ifrån kuratorer, psykologer och sjuksköterskor som utför behandling till läkare som står för det medicinska. För att denna studie skulle hålla sig inom ramen för socialt arbete har dess inriktning främst blivit kuratorer/psykologer inom primärvården. Utifrån studiens syfte och frågeställningar önskades även erfarna specialister inom området som respondenter. Under förberedelserna av studien söktes information om vilka verksamheter i Sverige som behandlar personer med pedofili. Där framkom det att ANOVA var den verksamhet som

var störst på behandling för pedofili. ANOVA är en verksamhet som drivs av Karolinska institutet och är finansierat av Regeringen. På ANOVA har de en hjälplinje som kallas Preventell där personer med pedofili kan ringa och få stöd och hjälp. Totalt arbetar 35–40 personer på de olika avdelningarna, Androlog avdelning, Sexualmedicin, Transmedicin och Labb. På Preventell, som har hand om hjälplinjen, är det sjuksköterskor med psykoterapeutisk kompetens, sjuksköterskor med sexologisk kompetens samt psykologer och psykoterapeuter. Det har tidigare ingått en kurator i teamet men för tillfället finns det ingen.

Utifrån den bakgrunden gjorde vi ett strategiskt urval då vi ansåg att studien skulle gynnas av en intervju med enhetschefen på ANOVA, som är utbildad psykolog och KBT-psykoterapeut samt auktoriserad sexolog med fördjupning på sexualmedicin, då hen diskuterat ämnen relaterade till vår studie på ett flertal medier. Detta för att söka svar på studiens frågeställningar gällande stigmatiseringens påverkan samt vilken hjälp som går att få inom Sverige. I intervjun med ANOVA's enhetschef presenterades sexualmedicinskt centrum i Göteborg som den näst största verksamheten som arbetar med behandling av pedofili. Snöbollsurval är enligt Eriksson-Zetterquist et al., (2011) en vanligt förekommande urvalstyp vid kvalitativa studier och innebär att man genom en respondent får veta eller tips om en annan relevant respondent. De som arbetar på Sexualmedicinskt centrum i Göteborg består av läkare: gynekologer/specialist i allmänmedicin, psykoterapeuter, psykolog, socionom, barnmorska, sexualrådgivare, fysioterapeut, sjuksköterska, undersköterska och administratör. Vi valde att ta kontakt med enhetschefen på Sexualmedicin i Göteborg, som är legitimerad barnmorska och sjuksköterska, då hon var den högsta chefen inom verksamheten och kan därför ses som en lämplig respondent till studien. Intervjuguiden formades efter studiens syfte och frågeställningar. Vi delade in intervjuguiden i tre delar, den första delen handlade om verksamheten i sig och den andra delen handlade om stigmatiseringens påverkan på tillgängligheten av vård.

#### **4.1 Intervjuer**

Enligt Patel och Davidsson (2011) är det nödvändigt att forskaren är kreativ och hittar egna vägar för att finna svar på frågeställningarna då varje kvalitativt forskningsproblem kräver sin unika forskningsmetod. Denna studie har med två intervjuer som krävt tre olika sätt att

genomföra dem på, mailintervju/telefonintervju och intervju där träff med respondenten förekom. Samtliga intervjuer kommer att beskrivas i det här avsnittet.

Den intervju där möte med respondenten förekom inleddes kontakten med respondenten via mail där en kort presentation av vår studie gjordes och vår önskan att erhålla respondentens medverkan genom en intervju (se bilaga 1). Därefter bestämdes datum, tid och plats för den aktuella intervjun. Intervjun ägde rum på ett café i Stockholm. Val av plats för intervjun är en av många faktorer som kan påverka kvaliteten på intervjun. Eriksson-Zetterquist et al., (2011) beskriver hur valet av plats kan spela en viktig roll för intervjuens kvalitet. Offentliga platser som caféer eller liknande kan föra med sig vissa problem. De kan upplevas som hektiska och hålla en hög ljudnivå, vilket kan göra det svårt att hålla sig fokuserad som intervjuare. Ljudnivån kan vara störande för inspelningen och därmed påverka kvaliteten av transkriberingen. Detta var något som upplevdes när intervjun skulle transkriberas ner till skrift. Miljön upplevdes även något stressig under genomförandet av intervjun (se bilaga 4). Yttre omständigheter, vilka diskuteras mer under rubriken "metodproblem", förekom och påverkade intervjuens genomförande. Andra faktorer som påverkade kvaliteten var bristen på erfarenhet av att hålla en intervju.

Då bedömning gjordes att tiden inte skulle räcka till att hinna resa till Sexualmedicinska centrum Göteborg för att genomföra en intervju valdes mailintervju som metod trots vetskap om dess svagheter. Metoden ger inte samma möjlighet till följdfrågor som en intervju som sker ansikte mot ansikte skulle göra och därmed kan viktig information falla bort (Eriksson-Zetterquist et al., 2011). Men eftersom respondenten erbjöd en möjlighet att komplettera de skriftliga svaren med en kortare telefonintervju var det möjligt att ställa öppna och breda frågor likt en intervju som sker ansikte mot ansikte för att sedan återkomma med eventuella följdfrågor via telefon. Efter att vi sammanställt insamlad data från de två enhetscheferna kompletterade vi mailintervjun via telefon för att få djupare svar på några av de frågor som ställts i mailintervjun.

För att ta reda på vem som var lämplig att svara på våra frågor inom verksamheten sökte vi efter verksamhetens hemsida och där angavs kontaktuppgifter till enhetschefen på det Sexualmedicinska centrumet i Göteborg. Därefter skickades ett mail med förfrågan om att medverka i en telefonintervju eller genom att svara på frågor via mail (se bilaga 2).



Enhetschefen återkom med en önskan att svara på frågor via mail först, för att sedan komplettera via telefon vid behov. Därefter utformades frågor efter intervjuguiden (se bilaga 3 och 4).

#### **4.2 Undersökning av Primärvården**

För att nå fram till de kuratorer/psykologer som eventuellt efter remiss eller rådgivning kan komma att möta de pedofiler som väljer att söka hjälp via primärvården påbörjades en sökning efter landstingsdrivna hälsocentraler i Sverige. Åtta städer valdes strategiskt ut i Sverige efter lokalisering för att erhålla en geografisk spridning. Därefter kontaktades en hälsocentral i respektive stad via telefon där de svarande sjuksköterskorna på rådgivningen gavs en presentation av oss som studenter vid Mittuniversitetet samt att studien handlade om psykisk ohälsa. Sedan ställdes frågan: Var skulle du hänvisa mig om jag skulle uttrycka att jag mår psykiskt dåligt? Tanken med att endast delge sjuksköterskorna att den tänkbara patienten led av psykisk ohälsa beror på att tidigare forskning menar att personer med självidentifierad pedofili ofta lider av psykiska symptom samtidigt som de räds att erkänna den bakomliggande faktorn (Jahnke et al., 2015b; Levenson et al., 2017). Utifrån svaret bads det om att erhålla nummer till respektive kurator/psykolog som skulle varit aktuell efter eventuell remiss eller rådgivning. Frågeställningarna till kuratorerna/psykologerna formades utifrån våra huvudteman; geografisk påverkan och stigmatiseringens påverkan. Följande frågor ställdes; Vet du vad du skulle göra om det framkom i samtal, med en patient, att hen lider av pedofili? Skulle du vara bekväm att bemöta en person med denna problematik? - vad beror ja/nej på? Upplever du att det finns tillräckligt med kunskap om ämnet för att erbjuda/hänvisa till rätt hjälp? Vart/vad du skulle du hänvisa/erbjuda?

Fyra av sjuksköterskorna lämnade ut direktnummer till deras psykosociala team, tre sjuksköterskor tog emot våra nummer för att sedan be respektive kurator/psykolog att ringa upp vid mån av tid och en hälsocentral kom vi aldrig fram till. De fyra kuratorer som lämnade ut sina nummer svarade och var villiga att vara med i studien. Av de tre kuratorer/psykologer som skulle återkomma, återkom endast en psykolog som var villig att delta i studien. Det betyder att fyra kuratorer och en psykolog deltog i studien. Vilket leder till ett bortfall på tre kuratorer/psykologer var på två av dem aldrig återkom och en föll bort i och med att vi aldrig nådde fram till hälsocentralen.

### **4.3 Bearbetning av material**

Enligt Eriksson-Zetterquist et al., (2011) är det viktigt att transkribering av ljudinspelningen sker i någorlunda god tid efter det att intervjun ägt rum. På det sättet kan det vara lättare att förstå och minnas vad som sades under intervjun. Transkriberingen av intervjun skedde i tre omgångar där Sandra gjorde första transkriberingen. Efter det fick Lisa lyssna och kontrollera texten och jämföra med ljudinspelningen. Till sist satt vi tillsammans och gick igenom det som fortfarande var oklart.

Med hjälp av en innehållsanalys kan forskaren tolka och dra slutsatser utifrån det insamlade empiriska materialet. Detta sker på ett systematiskt sätt där forskaren sorterar materialet under teman eller kategorier som är aktuella för studien (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studie använder en tematisk analys där teman delas in efter studiens frågeställningar och syfte. De huvudteman som används är följande: geografisk påverkan och stigmatiseringens påverkan. När texterna transkriberats färdigt kodades resultaten i olika färger kopplade till de två olika huvudteman samt underkategorier som gick att relatera till varje huvudtema. Till temat ”geografisk påverkan” uppstod underkategorierna, kontakt med vården, vad erbjuds det för behandling? och vad finns det för kunskap om pedofili? Temat ”stigmatiseringens påverkan” fick underkategorierna, anmälningskyldighet, hinder för att söka hjälp och sekretess. I resultatet presenteras datan utifrån studiens frågeställningar.

### **4.4 Metodproblem**

Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011) räcker det sällan att intervjua endast ett fåtal personer då materialet riskerar att bli beroende av enskilda individers personliga uppfattningar av ett visst ämne. Det finns få specialiserade enheter som arbetar med personer som har pedofili trots detta har vi kommit i kontakt med två av de största verksamheterna som arbetar med dessa frågor samt fem primärvårdsenheter. Ingen person var lätt att nå. Telefonrespondenterna var svåra att få tag i då det oftast var upp till dem att ringa tillbaka efter att de fått våra kontaktuppgifter. De respondenter som ställde upp i semistrukturerad intervju samt mailintervju var båda väldigt upptagna och hade svårt att finna tid till att genomföra intervjuerna. Enligt Öberg (2011) finns det många faktorer som kan påverka kvaliteten på en intervju. En trygg miljö där både den som intervjuar och den som intervjuas känner sig trygga är att sträva efter. Under genomförandet av den

semistrukturerade intervjun var det en del faktorer som påverkade intervjuens resultat. Respondenten var mycket upptagen men trots detta valde hon att medverka i studien, det är vi väldigt tacksamma för. Det var svårt att få till en tid som passade båda vilket resulterade i att beslut om tid och plats bestämdes cirka två timmar innan intervjun, vilket gav kort förberedelsetid.

#### **4.5 Reliabilitet och validitet**

Enligt Bryman (2011) brukar man i kvalitativa studier snarare använda sig av begreppen trovärdighet och pålitlighet när det talas om reliabilitet och validitet. Det handlar om att presentera sin data på ett tillförlitligt och systematiskt sätt. För att öka trovärdigheten i en kvalitativ undersökning bör viss information om författarna ges då undersökarna är studiens mätinstrument och påverkar vår objektivitet och tolkning av data (Larsson, 2005). Upplysning av betydelse avseende studiens syfte är att vi som genomfört studien är socionomstuderande. Vår förförståelse och våra antaganden, för hur individuella faktorer påverkar på såväl individuell nivå som samhällelig nivå och vice versa, speglar arbetets perspektiv genom hela processens gång. Enligt Larsson (2005) har forskarens förförståelse stor betydelse vid kvalitativa studier då det är uppsatsförfattaren uppfattning och tolkning som står i centrum. Uppsatsförfattare av den här studien har ingen tidigare erfarenhet av ämnet pedofili. Varken kurslitteratur eller praktikperioderna under socionomutbildningen vid Mittuniversitetet har genererat någon kunskap om det valda ämnet. Dock har mediernas bild av pedofiler, där de ofta skuldbeläggs och framställs som monster, bidragit till att vi fått intresse för diagnosen. Däremot har Socionomutbildningen bidragit till intresset för utanförskap och alla människors lika rätt och värde. Utifrån den bakgrunden har vinklingen av studien utformats.

Pålitlighet i kvalitativa studier menar Larsson (2005) har koppling till intervjufrågornas meningsfullhet och utformning samt undersökarens förmåga att genomföra intervjun och kontrollera, ifrågasätta och teoretiskt tolka sina upptäckter. Vi som designat frågorna samt utfört intervjuerna har ingen tidigare erfarenhet av att forska men har lagt ner mycket tid och engagemang på frågorna. Vi har tillsammans diskuterat oss fram utifrån skilda erfarenheter och kunskapsunderlag för att sammanställa välformulerade och täckande frågor för att försöka säkerställa att intervjuerna verkligen ska besvara undersökningens syfte.

#### 4.6 Etiska överväganden

Utifrån att ämnet pedofili kan komma att väcka känslor hos många är det betydande att under studien beakta respekten för såväl de som valt att delta som för de som kan tänkas komma i kontakt med studien på något sätt. Kanske har du någon gång i ditt liv blivit sexuellt utnyttjad, kanske känner du någon som blivit eller så kanske du är en medmänniska som känner starkt för ämnet. Oavsett har det varit viktigt att genom hela processen föra öppna etiska diskussioner samt göra etiska överväganden vid dilemman vi ställts inför, exempelvis vid val av begreppet pedofili. Studien belyser stigmatiseringens konsekvenser för gruppen pedofiler. Men vi vill starkt poängtera att vi inte på något sätt vill bidra till att förminska de konsekvenser pedofili kan orsaka barn och unga om begäret eller fantasin levs ut.

En grundläggande del av forskningsetiken är att diskutera en "risk och vinst-analys" av den studie som är tänkt att genomföras. För att säkerställa vinst bör kvaliteten av studien vara god vilket dels innebär att metoderna som används i forskning är lämpade att besvara de frågeställningar som ställs och hanteras korrekt och kompetent. Forskning och den kunskap den kan leda till nödvändigt för utveckling och förbättringar för individ och samhälle. Vidare ska nyttan av planerad forskning och vetenskapligt värde av resultat som förväntas alltid värderas mot de skadliga konsekvenserna (Vetenskapsrådet, 2017). Vår studie är tänkt att bidra till kartläggning av möjlighet till behandling vid pedofili med förhoppningar att studien kan komma till värde för yrkesverksamma som driver frågor rörande ämnet på professionell basis. De skadliga konsekvenser vi kan se med vår studie är det faktum att ordet pedofili kan orsaka känslor av obehag för människor. Men utifrån att pedofili är någonting som går att behandla och på så vis minska risken för brott hoppas vi att läsare kan se studien som ett bidrag till det preventiva arbetet mot sexualbrott.

Vetenskapsrådet (2017) delger fyra huvudkrav som finns på forskningen, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Samtliga respondenter har blivit informerade angående vad deras deltagande fyller för syfte, om att det är frivilligt för dem att medverka i studien och att de kan avbryta när de vill samt att deras uppgifter och identitet kommer skyddas, i den mån det går, och enbart användas för studiens syfte. En viktig del av forskningsetiken handlar om hur personer som medverkar i forskning får behandlas (Vetenskapsrådet, 2017). Utifrån att vi i vår studie utfört intervjuer

med yrkesverksamma och därav tagit tid som de annars kunnat lägga på patienter har vi varit noga med att utnyttja tiden vi upptagit väl genom att vara effektiva och förberedda.

#### **4.7 Avgränsning**

Studien gäller personer som definieras som pedofiler, dvs. personer som uppfyller kraven för diagnosen enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Viktigt för läsaren är att komma ihåg att begreppen pedofili och pedofil inte är detsamma som att vara sexualbrottsling.

Som studenter inom det Sociala arbetets profession är vi intresserade av att synliggöra samhällets behov att stigmatisera avvikande beteenden och valde därför att fokusera arbetet mot stigmatiseringens konsekvenser av ämnet pedofili i mötet med yrkesverksamma, däribland kuratorer. Utifrån att det finns ett strängt stigma kring pedofili samt en rädsla för konsekvenserna av att avslöja att hen är pedofil gör pedofiler till en svår grupp att nå. Därför gjorde vi valet att rikta studien mot yrkesverksamma som möter personer med pedofili. Dessutom gjordes ett aktivt val att avgränsa studien till Primärvården (Region- och landstingsstyrda praktiker) och därmed utesluta privata praktiker och mottagningar utifrån den snäva tidsramen.

#### **4.8 Arbetsfördelning**

Vanligen förekommande anledningar till varför man väljer att inleda ett vetenskapligt samarbete med någon är för att öka kompetensen i det tänkta projektet, söker en gemenskap i arbetet samt att tidsramen är knapp. Oavsett motiv för samarbetet är det av betydelse att man tydliggör förväntningar av varandra samt styrkor och svagheter (Vetenskapsrådet, 2017). Vi valde att göra den här studien tillsammans utifrån nämnda anledningar med bakgrunden att vi kompletterar varandra bra i både intressen, kunskaper och personligheter. Vilka även är faktorer som spelat roll i arbetsfördelningen.

Enligt Vetenskapsrådet (2017) bör arbetsfördelningen och tidsplanen vara realistisk. För oss har det varit naturligt att göra arbetet med studien tillsammans. Vi har gemensamt diskuterat, sökt litteratur, skrivit, korrigerat och gett varandra feedback på samtliga delar i arbetet. Det vi har fördelat har vi i första hand valt att dela upp efter intresse vilket inneburit att Sandra är den som sökt mest litteratur för studien samt ansvarat för teorier och

metoder medans Lisa har formulerat och skrivit om det material och underlag som Sandra funnit samt ansvarat för arbetets utformning. Den semistrukturerade intervjun genomförde Sandra på egen hand då Lisa inte kunde delta men arbetet före och efter har vi tillsammans behandlat. Telefonintervjuerna fördelade vi jämt mellan oss för att vi på lättare sätt skulle kunna hålla isär samtalen men också för att minska risken för bortfall då flera hälsocentraler har liknande telefon- och arbetstider.

Önskvärt är att arbetsfördelningen också lämnar utrymme så att studenterna ges möjlighet att lära sig nya färdigheter (Vetenskapsrådet, 2017). Vi anser att den fördelning av arbetet vi gjort varit ett upplägg som gynnat oss i både engagemang för studien, då vi mer eller mindre under hela processens gång hållit oss sysselsatta med uppgifter vi ansett varit till belåtenhet, men också i lärande, då vi utmanat oss själva med uppgifter vi sett som utmanande och svåra.

## **5. Resultat och analys**

Respondenternas svar tolkas och analyseras i löpande text utifrån de valda teorier, stämplingsteori, skuld och skam samt kognitiv dissonans. Nedan presenteras de olika respondenter som deltagit i studien. Vi har valt att benämna Enhetscheferna med E, sjuksköterskorna med S samt de psykologer och kuratorer som medverkat i telefonintervjuerna med P.

**E1:** Enhetschef på ANOVA i Stockholm, utbildad psykolog och KBT- psykoterapeut samt auktoriserad sexolog med fördjupning på sexualmedicin.

**E2:** Enhetschef Närhälsan sexualmedicinskt centrum, leg barnmorska och leg sjuksköterska.

**S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7:** De sjuksköterskor som svarat på hälsocentralernas rådgivning.

**P1 (psykolog), P2, P3, P4, P5 (kuratorer):** De kuratorer/psykologer vi blivit hänvisade till efter kontakt med primärvårdens rådgivning kommer benämnas som P utifrån att de ingår i hälsocentralens Psykosociala team.

## 5.1 Tillgänglighet av behandling

### 5.1.1 Vilka erbjuder behandling?

I telefonsamtal med kurator/psykolog uppger P1, P3 och P4 att det inte är primärvården som är slutstationen för personer med den här typen av problem utan att kontakten med primärvården snarare är första steget. Vidare säger P1 att de sällan ger behandling utan att remitterar personer som är i behov av behandling vidare. Under samtalet framkommer det att P1 skulle slussa vidare och att det finns hjälp att få men hen kommer inte ihåg vad verksamheten kallas. P4 menar att specifika problem ska ha specifik kunskap, vilken ingen på deras mottagning har. P2 och P5 vet inte om de erbjuder någonting vid pedofili utan skulle behöva rådgöra med kollegor för att höra vad det finns för rutiner i dessa frågor.

*”Jag skulle vända mig till mina kollegor i första hand. Men jag har svårt att tänka mig att vi skulle göra nåt mer än att försöka se till dess grad av problematik för att sedan försöka hjälpa personen vidare” (P5)*

Respondenternas svar tyder på att det är en sällsynt målgrupp som få kuratorer/psykologer inom primärvården kommit i kontakt med trots att studier visar att uppskattningsvis 1 procent av den vuxna manliga populationen har pedofila tankar och begär (Stephens, Leroux, Skilling, Cantor & Seto, 2017). Det går att tolka utifrån stigmatisering och skam då Jahnke et al., (2015b) menar att många pedofiler väljer att behålla sina sexuella intressen som hemliga på grund av stigmatiserande attityder i samhället. Vidare menar Cullberg Weston (2008) att skamfyllda tankar kan leda till att personen inte kan delar med sig av dem utan kan leda till att individen drar sig undan andra människor och håller det inom sig.

E1 och E2 uppger att Sexualmedicin finns i Stockholm och Göteborg. Vidare finns det enligt E1 sexologiska mottagningar i Umeå och Blekinge, sexologisk kompetens på RFSL i Malmö samt privatpraktiserande verksamheter runt om i landet vilka hon inte har full koll på. ANOVA i Stockholm är dock störst. E1 menar att det överlag är dåligt utbud av behandling och för potentiella patienter i Norrland mellan Umeå och Kiruna är det väldigt långt att åka.

*“Det finns två stora hinder det ena är tillgänglighet och kompetenskunskap för de som kan ta emot eller har möjlighet att göra det. Det här är ju psykiatriska diagnoser man har en skyldighet att ta emot i första linjen på vårdcentralen sen öppenvårdpsykiatri. Men kompetensen där är väldigt dålig och hindren är att om man bor på en liten ort kan man bli igenkänd. Sen är det naturligtvis ett hinder att det är enormt skamfyllt” (E1)*

E2 uppger att behandlingsmöjligheterna för verksamheter varierar i landet samt att möjligheten att få behandling är beroende på var man bor. På Sexualmedicinskt centrum i Göteborg arbetar de enligt E2 med sexuella frågeställningar utifrån såväl medicinsk som psykoterapeutisk kompetens.

Statistik från Preventell visar att samtalen som kommer in i framförallt kommer från storstadsområden, cirka 50 procent. E1 vet inte exakt vad det beror på men en förklaring enligt E1 kan vara att människor i andra delar av landet kan vara omedvetna om att hjälp finns att få. Enligt Levenson et al., (2017) påverkar strukturella faktorer som tillgång, kostnad och tillgänglighet frekvensen av antal vårdsökande.

### **5.1.2 Komma i kontakt**

I samtal med svarande sjuksköterskor på rådgivningen inom Hälsocentraler runt om i landet är meningarna delade angående vilken första kontakten på primärvården ska vara om patienten uppger sig må psykiskt dåligt och lider av problematiska tankar. S1, S2 och S5 menar att den vårdsökande i första hand skulle erbjudas en tid till deras allmänläkare för att utesluta somatisk sjukdom och sedan, vid behov, få remiss till Hälsocentralens psykosociala team medans S6 och S3 skulle hänvisa direkt till deras psykosociala team och från dem eventuellt remitteras till allmänläkare. S2, S4 och S7 uttrycker att det är svårt att avgöra vilken den första kontakten skulle bli då vårdsökande inte uttrycker exakt hur de psykiska problemen upplevs eller vad de beror på. S7 är dock den enda som uttrycker vikten av en snabb första kontakt. Hos dem får man möjlighet att själv ta kontakt eller bli kontaktad av en kurator via telefon i väntan på den tid man erbjuds av S7.



*“Jag brukar fråga patienten om jag kan lämna personnummer till kuratorn så tar hon kontakt. Jag anser att det är viktigt med snabb kontakt med kurator då psykisk ohälsa kan påverka personer på så många olika sätt. Kroppen tar stryk och det kan finns en risk för självmord.” (S7)*

För kontakt med Preventell ska man enligt E1 inte behöva ett remissförfarande. Man ska kunna ringa anonymt och ta reda på vad som gäller, vad för hjälp som finns att få och man ska kunna bli bemött med attityder som säger att det här är något du kan få behandling för och hjälp med. Sedan kan man säga att via Preventell slussas man in i behandlingsverksamheten som är ANOVA, Karolinska institutet. E1 uttrycker att det är viktigt att den första kontakten med vården är lätt att få utifrån betydelsen av den hjälpsökandes motivation.

*“Den första kontakten ska vara lättillgänglig bara genom att lyfta luren. Man ska inte behöva söka eller stå på kö.” (E1)*

Motivationen till hjälp går att sammankoppla med vikten av att dessa personer ges möjlighet till vård, med bra bemötande och rätt behandlingar där acceptansen för den sexuella avvikelsern avspeglar sig i bemötandet (Bering, 2013; Jahnke et al., 2015b).

Motivation går att tolka med den kognitiva dissonansen, vilken är vanlig bland personer med pedofili (Houtepen et al., 2016). Skammen att uttrycka sig öppet om sin sexuella avvikelse gör att personerna hittar sätt att hantera sina känslor på egen hand och om de lyckats balansera ut dissonansen försvåras motivationsarbetet (Festinger, 1976[1962]). Motivation kan vara en faktor som leder till en hög snittålder på de som söker hjälp vilket också medför en ökad risk för att begå brott (Imhoff et al., 2018). Det är därför viktigt att hjälp erbjuds när pedofilen själv upplever psykiska belastningar och dissonansen sviktar för att behandling ska ge resultat (Bering, 2013).

E2 berättar att till deras verksamhet kommer man vanligtvis genom egenremiss, vilken man kan få hjälp av polisen att ordna, eller hänvisning från Preventell. Men också från remisser via psykiatrin och andra vårdgrannar. P2, P4 och P5 (kuratorer) säger sig aldrig varit med om att någon patient uttryckt sig haft pedofila tankar i samtalsserie med dem utan menar att det är ovanligt och speciellt.

*“Jag skulle påstå att det är otroligt ovanligt att någon talar om sin sexualitet och har tankar och frågor kring den.” (P4)*

Personer med självtvivel till följd av sitt avvikande beteende känner ofta skam och kan därför välja att dra sig undan och hålla den tunga känslan kvar inom sig (Cullberg Weston, 2008). Houtepen et al., (2016) bekräftar att personer med pedofili har svårt att uttrycka att de har pedofila tankar i mötet med vårdgivare. Detta på grund av rädslan att de ska bli illa bemötta eller att deras hemlighet ska röjas och bli känt för deras omgivning.

### **5.1.3 Skyddet av den hjälpsökandes integritet**

Enligt P3 har primärvården ingen total konfidentialitet i deras journalföring när det kommer till hantering av känsliga ämnen som detta. P3 har ett liknande ärende nu som journalförs utifrån benämningar som kraftig ångest och tvångssyndrom istället för pedofila tankar. Enligt P4 skriver psykologer oftast lite i sina journaler.

*“I journaler skyddar jag klienterna och skriver generellt inga detaljer utan endast eventuella diagnoser och viktig information angående behandling. Jag har ett anteckningsblock och dessa anteckningar är enbart för mig.” (P4)*

Enligt E1 är det viktigt att klienternas integritet skyddas men man kan inte komma i behandling utan att uppge vem man är då ANOVA är en landstingsverksamhet. Däremot omfattas de av total konfidentialitet och sekretess.

*“Vi har totalt konfidentialitet mot patienten. Vår enhet är så skyddad att vårt journalsystem inte går att komma åt om de går till vårdcentralen. Att man ens varit hos oss. Men däremot kan man inte vara anonym. Vi måste veta vem det är och det har bland annat att göra med säkerhetsfråga att man måste veta vem man har framför sig.” (E1)*

Enligt E2 är det endast de vårdgivande som är direkt involverade i vården rörande en patient hos dem som kan ta del av uppgifter skrivna i journaler.

*“I dagsläget har vi dolda journaler, dvs det syns inte vad som står i våra journaler när patienten kommer till vårdcentralen.” (E2)*

Den höga graden av konfidentialitet som vårdgivarna garanterar är ett sätt att skydda individen från att bli utlämnad och riskera att deras problem blir känt av anhöriga eller allmänheten. Det latenta budskapet bakom konfidentialiteten är att den visar vilket stort stigma som faktiskt finns bakom diagnosen. Jahnke et al., (2015b) visar att stigmatiseringens påverkan hos individer med pedofili är stor, vilket har skapat en överdriven rädsla för ett diskriminerande bemötande i vården. Stigmat är så pass stark kring pedofili att trots den totala konfidentialitet på specialistenheterna är det många individer som inte vågar ta risken att söka hjälp.

Vidare fortsätter E1 berätta att sekretessen kan brytas under vissa omständigheter när det måste anmälas till Socialtjänsten genom socialtjänstlagen. Enligt 14 kap. 1 § SoL framgår det att anställda inom hälso- och sjukvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Anmälaren behöver inte ha bevis, utan ska utgå ifrån egna iakttagelser och egen oro i bedömning om barnet kan fara illa. Det har ingen betydelse om verksamheten enbart riktar sig till vuxna utan samtliga myndigheter inom hälso- och sjukvården, oberoende av om deras verksamhet riktar sig till barn eller inte, omfattas av bestämmelsen i 14 kap. 1 § första stycket SoL (Socialstyrelsen, 2014).

*“Det har man en skyldighet att göra och det har alla som arbetar inom hälso- och sjukvård att göra, skola dagis och omsorg har den skyldigheten.” (E1)*

Enligt E1 upplyser de alltid om anmälningsskyldigheten och alla som kommer till dem vet om att det är så. Vidare uttrycker E1 att man också kan bryta sekretess om man har någon som berättar om något som skulle kunna ge fängelsestraff på minst ett år. Då kan man, men måste inte, göra en polisanmälan. Däremot måste de göra en polisanmälan om de hör om någonting eller misstänker att ett barn är utsatt för akut fara. Enligt Socialstyrelsen (2014) har vårdgivaren ett ansvar enligt 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL,

samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten när det gäller anmälningsskyldighetens rutiner och samarbete.

#### **5.1.4 Vad erbjuds?**

P1 (psykolog) och P2 (kurator), tillhörande olika psykosociala team inom primärvården, uppger båda att om det i samtalsserie med dem framkommer att patienten skulle erkänna sig lida av pedofili skulle samtalet kännas viktigt bemöta. De är eniga om att de, i ett första samtal, kan erbjuda ett öppet samtalsklimat där de uppmuntrar klienten att ta emot hjälp men att de sedan skulle behöva remittera klienten vidare. Det handlar om att våga hantera deras tankar och problematik trots deras egna okunskap inom ämnet. De menar båda att de i sitt arbete möter alla dess olika människor med all möjlig problematik och man måste vara trygg i att inte veta allt.

*“Vad som helst kan dyka upp i samtal. Jag måste inte veta och ha svar på allt. Utan vara trygg i det och våga vara nyfiken.” (P1)*

P1, P2, P4 och P5 menar samtliga att de inte vet vart de skulle hänvisa eller remittera personerna om det under samtal med dem skulle uppdagas att personen led av pedofili. Men är eniga i att de skulle kolla upp vad det finns för rutiner och forska i vad som finns att erbjuda i behandlingsväg.

*“Jag skulle se till att samtalet blir format på så sätt att en ny tid vid ett senare tillfälle blir bokad så att jag på det sättet köper mig tid till att ta reda på hur jag ska gå vidare.” (P4)*

Respondenterna indikerar att okunskap kring pedofili kan komma att påverka den yrkesverksammas bemötande och i sin tur den vårdsökande. Vilket stöds av Levenson et al. (2017) som beskriver att bristande yrkeskompetens inom området råder och därav finns risk att den vårdsökande inte fullföljer sin behandling. För att bemöta pedofili är det enligt Houtepen et al. (2016) nödvändigt att yrkesverksamma hanterar frågan varsamt med stor respekt och kompetens.

Vidare uttrycker P1 (psykolog), P2, och P4 (kuratorer) att om det vid samtal med dem framkommer att personen bär pedofila tankar och begär är det viktigt att ta reda på om något barn riskerar att fara illa.

*“Skulle det i samtalet framkomma att något barn far illa blir det en helt annan typ av fråga. Behöver jag anmäla personen som jag också ska skapa allians med. Det är svåra frågor.” (P4)*

Den aspekten i samtal är nödvändig att utreda samtidigt som uttalanden likt dessa kan ses som bekräftelse på att personer med pedofil dragning tenderar att förknippas med kriminella handlingar påverkad av stämpling (Jahnke et al., 2015b). Blir fokus på att endast fiska efter brott kan det skapa en otrygg miljö där individen i fråga känner sig negligerad och ifrågasatt vilket kan resultera i att personen drar sig undan (Levenson et al., 2017). Som kurator eller psykolog kan det vara av vikt att skilja på om individen uttrycker skuld eller skam under ett samtal. Skuld kan indikera att personen redan begått brott vilket gör att fokus på om någon far eller farit illa kan vara prioriterat i samtalet medan personer som uttrycker skam snarare indikerar viljan att få hjälp (Proeve & Howells, 2002). För de som uttrycker skam kan yrkesverksammas fokus vara att i första hand bygga allians för att på så sätt möjliggöra att dessa stannar kvar och tar emot hjälpen.

Enligt E2 erbjuder Sexualmedicin Göteborg personer med den sexuella avvikelser pedofili ett första bedömningsamtal. Utifrån det planeras sedan individuellt anpassad behandling efter patientens behov. Det kan vara samtal hos psykoterapeut med psykodynamisk grund, KBT eller ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy), eller en kombination av metoder. E2 uppger även att personalen finns tillgängliga för stöd och konsultation för vårdgrannar inom både kommun och sjukvård samt att de fungerar som vägvisare in i allmänna vårdstrukturer.

*“Angående vårdsökande med sexuellt tändningsmönster mot barn och självidentifierat sexmissbruk gör vi alltid en individuell bedömning. Finns det inte någon annan vårdgivare, t ex psykiatrin, så tar vi emot.” (E2)*

ANOVA erbjuder enligt E1 behandling både i grupp, individuellt och vissa par med anhöriga samt medicinering. De har även en internetbaserad KBT-behandling som handlar om att försöka förstå sig själv, sitt beteende och vad som triggat och håller igång det. E1 uppger att man i den internetbaserade KBT-behandlingen får olika tekniker och strategier att handskas med sin problematik. Framförallt lära sig hur sin problembild kan se ut, sätta gränser, förbise och kunna förutsäga riskfaktorer för beteendet.

*“Till exempel att hen gillar att använda barnpornografi när hen är nere eller deprimerat ja då försöker vi hjälpa till med att hen ska söka hjälp för depression nedstämdhet med medicinering eller annan terapi. Enkelt uttryckt är det så det ser ut i den nätbaserade behandlingen.” (E1)*

Den internetbaserade behandlingen är ett svar på den stigmatisering som råder kring ämnet pedofili. För att möjliggöra att fler ska våga söka hjälp, och slippa blotta sina skamfulla tankar och begär i mötet med en annan människa, kan behandlingen på nätet upplevas som en enklare väg. Detta i sin tur kan öka tillgängligheten. Vidare är KBT en effektiv behandlingsform när personer riskerar att skapa en kognitiv dissonans till sitt beteende vilket innebär att de söker sätt att rättfärdiga deras känslor eller beteende. Houtepen et al., (2016) menar att det är vanligt att det uppstår en kognitiv dissonans bland personer som har eller riskerar att begå brott mot barn.

## **5.2 Stigmatiseringens påverkan och effekter**

Enligt P3 (kurator) är stigmat kring ämnet stort och anser att det är viktigt att gå varsamt fram i samtalen och inte direkt på ämnet. P3 berättar att det finns en klient nu som har pedofila tankar där P3 lägger största fokus på ångesten och de tvångstankar klienten har.

*“Jag försöker hantera klienten med stor försiktighet på grund av stigmat kring ämnet och skammen som kommer med det. Klienten har tidigare varit hos en psykolog som gick direkt på ämnet pedofili, vilket fick henne att dra sig tillbaka. Jag som har hand om henne har fokus på ångesten för att lära henne hantera den och på så sätt bygga ett förtroende. Sen har jag*

*handledare jag kan vända mig till. Får man svåra nya ärenden är det viktigt att inte sitta ensam med det.” (P3)*

På frågor associerade till stigmatiseringens påverkan uttrycker E1 att psykiatriska diagnoser i första hand är primärvårdens skyldighet att ta emot men att kompetensen där är väldigt bristfällig. Men den bristande kompetensen i primärvården är inte det yttersta hindret. Utan snarare är det skammen, skulden och rädslan att bli igenkänd som är det påtagligaste hindret om man bor på en liten ort. Skam är enligt Cullberg Weston (2008) en tung känsla att bära och leder ofta till att individen drar sig undan andra människor och håller saker inom sig. E1 uttrycker följande:

*“Och sen är det naturligtvis ett hinder att det är enormt skamfyllt och det är olyckligt med formuleringar som att man ska hänga upp dem och låsa in dem och slänga nyckeln.” (E1)*

E1 menar att isolering av dessa personer inte tar bort existensen av pedofili, utan en lösning på problemet är att utvecklandet av sociala färdigheter är nödvändigt för att dessa personer ska lära sig att uppskatta att vara med personer som är jämnåriga och som har krav på samtycke. På så sätt skulle de få känna tillhörighet och vara en del i en grupp. Vidare uttrycker E1 att svårigheter med att få samhällets acceptans för diagnosen pedofili, vilket inte heller är eftersträvansvärt med förklaringen att det dels inte är realistiskt att det blir så men också för att acceptansen kan riskera att gränsdragningen mellan diagnosen och det faktiska beteendet blir otydlig.

*“Men man kan acceptera en person men inte dess handlingar.” (E1)*

Utifrån stämplingsteorin kan en tolkning vara att samhället och den allmänna befolkningen har del i stigmatiseringen av pedofili. Genom felaktiga formuleringar och föreställningar angående avvikande egenskaper bidrar samhället till att personer med pedofili isolerar sig (Svensson, 1992). Studier har visat att personer som lever med pedofili stigmatiserar sig själva utifrån samhällets bild av vad en pedofil är. Det kan leda till att personen ifråga drar sig undan och exkluderar sig själv från samhället (Harper et al., 2016). Enligt Jahnke

(2018) skulle ökad kunskap om pedofili som diagnos bidra till att minska samhällets stigmatisering av pedofili och på så sätt göra det lättare för personer att söka hjälp.

Vidare uttrycker E1 att många hindras från att söka hjälp för rädslan att bli illa bemött. Men menar att de som tagit första steget ofta är väldigt glada att de kommit till dem och blir väl bemötta. Enligt E2 utgår deras verksamhet från ett rättighetsperspektiv. Viktigt är att patienterna upplever att de får ett bra bemötande från personalen, alla ska känna sig välkomna. E1 fortsätter förklara att om man arbetar inom vården måste man ju våga prata om det och förstå, inte förakta handlingen och låtsas som att man inte ser. Sedan jobba på att göra något annat istället. Det är ju det som kan göra något verksamt. Pedofilin försvinner ju inte bara för att man säger att det inte finns. E1 har erfarenheter av att det inte bara är allmänheten som skambelägger dessa individer utan att känslorna av avsky och en önskan om att ta distans från dessa personer även finns på en yrkesverksam nivå.

*“Jag har varit med i några sådana här arbeten när man intervjuar andra psykoterapeuter och vårdgivare och då hör jag ibland att de undslipper “förbehöll mig rätten att inte ha den här patienten jag kan inte ha si eller så många”. Det är inte upp till vårdgivaren att bestämma det. Det är precis samma resonemang som när barnmorskor säger att det inte ska utföra aborter men det kan inte en vårdgivare bestämma. Är man på ett ställe där man ska kunna ta emot dessa grupper så får man ta dem. Annars får man va nån annanstans. Då får man göra nått annat.” (E1)*

E2 menar att den tabu och det stigma som är förknippad med diagnosen utgör ett hinder för pedofilen att söka hjälp. E2 ser stigmatiseringen som svårt att svara på. Den är mångfacetterad och påverkar olika personer på olika vis.

*“Jag kan bara bekräfta att det är stigmatiserande för många patienter. Hur det upplevs är subjektivt från person till person.” E2*



Rädslan att söka hjälp kan tolkas utifrån den stränga stigmatisering av pedofili som finns i samhället (Jahnke et al., 2015b). Stigmatiseringen medför risken att personen söker sig till likasinnade. Därmed ökar också risken att personerna lever ut fantasier och begär då det i gemenskapen normaliseras. Faran med att normalisering av pedofili kan förklaras genom kognitiv dissonans, vilket är en mänsklig strategi för att hantera den obalans som uppstår när en individ upptäcker eller agerar mot sina eller samhällets normer och värderingar (Festinger, 1976[1962]). När dissonans uppstår kan individen själv övertyga sig om att allt är normalt genom att finna argument och anledningar till att handlingar och fantasier är okej. Om personen lyckas balansera dissonansen möjliggör det för personen att leva utan någon större psykisk påfrestning och därmed minskar chansen att hjälp sökes (Houtepen et al., 2016).

## 6. Diskussion

Resultatet visar att det finns samband mellan stigmatisering av pedofili och tillgängligheten av behandling då vi sett att samtliga respondenter ställer sig kritiska till vilken kunskap det egentligen finns inom det faktiska området. De bekräftar även att stigma är starkt kring ämnet och att det har en subjektiv påverkan på varje individ. Studiens resultat behöver förstås utifrån vetenskapen om att dessa respondenter gett sina subjektiva upplevelser och tankar kring dessa frågor. Resultatet visar även att geografin har påverkan på åtkomsten av behandling då den vårdsökandes egna lokalisering är av betydelse vid behov och önskan av stöd och behandling.

Resultatet indikerar att det finns brister inom primärvårdens psykosociala team då de inte vet vart de ska remittera eller hänvisa de personer som söker hjälp vid pedofili. Det framkommer i resultatet att respondenter inom primärvården känner sig osäkra på hur de skulle bemöta personer med pedofili som problematik samt hur de skulle hantera frågan på ett professionellt sätt. Den bristande kompetensen i frågor rörande pedofili kan få förödande konsekvenser för både individen själv men också för samhället i stort. Diagnosen pedofili innebär en klart ökad risk att den drabbade inte kan kontrollera sitt begär och lever ut sin fantasi och därmed begår sexuella övergrepp mot barn/unga. Det är därför viktigt att samhället tar sitt ansvar och satsar på att utveckla kunskapen om pedofili inom primärvårdens psykosociala team samt utökar specialistvården för att arbeta preventivt i frågan att motverka pedofila handlingar (Jahnke, Philipp & Hoyer, 2015a).

Tidigare forskning har visat att felaktig attityd och bristande kunskap hos yrkesverksamma får hjälpsökande att dra sig tillbaka (Levenson et al., 2017). Samtidigt visar forskning också att behandling av pedofili är verksamt med goda resultat vilket respondenter "E" kan tillgodose (Houtepen et al, 2016). Utifrån den kunskapsbilden och studiens resultat bör de yrkesverksamma dels synliggöra för varandras kompetenser men också att våga avslöja den okunskap och bristande kännedom som finns. Tidigare forskning och respondenterna "E" menar att det är av stor vikt att vård erbjuds på ett enkelt sätt då den hjälpsökandes motivation samt skyddad integritet är nödvändigt för att nå ut till pedofiler. Vård kan dock endast vara lättillgänglig om personer som är i behov av den vet att den finns. Studiens

resultat visar att det finns kompetent hjälp att få i Sverige men att vägen dit i stor utsträckning verkar vara okänd. Dels på grund av pedofilens egna stämpling utifrån den skuld och skam som upplevs, dels beroende av den okunskap som kan finnas inom primärvården. Samhället kan gynnas av en öppen social miljö genom tillåtande kommunikation om pedofili. På så sätt skulle stigmatisering minska och chansen att pedofilen skulle våga söka hjälp öka (Jahnke, 2018). Den viktigaste slutsatsen är att stigmatiserade grupper, såsom pedofiler, synliggöras och inte tvärtom. Ämnet behöver komma upp till ytan och likaså behöver kuratorer och psykologer som möjlig första kontakt ha mod att hantera känsliga ämnen. Att osynliggöra är inte detsamma som att ett problem inte existerar.

Inom området finns det få behandlare och specialister som besitter den kompetens vi sökte efter och för oss innebar det svårigheter av studiens datainsamling då avståndet till respondenterna varit långt samtidigt som intervjuerna med specialisterna varit till stor betydelse för studien. Det långa avståndet till specialister resulterade i att endast en av de semistrukturerade intervjuerna kunde genomföras i ett möte. Den andra intervjun blev tvungen att genomföras per mail men frågorna är utformade utifrån den ursprungliga intervjuguiden. Då data från vår andra stora respondent insamlats genom mailintervju saknas det djup som endast en intervju i ett verkligt möte kan ge har gjort att studiens resultat till stor del färgats utifrån en respondents erfarenhet. Angående metodvalet för kontakt med psykologer och kuratorer från primärvården har vi lärt oss att det är få som återkopplar och att det därför är av vikt att se till att kontaktsökandet helt står på vårt ansvar.

Utifrån studiens resultat anser vi att det behövs mer forskning om pedofilers tillgång till vård och behandling deras möjlighet till vård för att kunna erbjuda kompetent stöd och behandling, som på sikt gynnar människor i flera led. Problematiken är heterogen och finns i alla socioekonomiska klasser, åldrar och kön. Vi ser framför allt att det finns ett behov av att nå ut till unga samt personer med låg socioekonomisk status då statistik visat att personer från dessa grupper i mindre utsträckning söker hjälp. Dessutom har vi sett att personer med språkhinder blivit tvungna att avstå behandling på grund av att behandling endast ges på svenska. Detta är något som framtida forskning behöver se efter.

## Referenser

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. (2., [utök. och aktualiserade] uppl.) Stockholm: Liber.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Angelöw, B. & Jonsson, T. (2000). *Introduktion till socialpsykologi*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Baez-Sierra D., Balgobin C., Wise T.N. (2016) Treatment of Paraphilic Disorders. In: Balon, R. (eds) *Practical Guide to Paraphilia and Paraphilic Disorders*. Springer, Cham.
- Beier, K., Grundmann, D., Kuhle, L., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529–542.
- Bell, J. & Waters, S. (2014). *Doing your research project: a guide for first-time researchers*. (6 rev. ed.) Milton Keynes: Open University Press.
- Bering, J. (2013). *Perv: the sexual deviant in all of us*. (First paperback edition). New York: Scientific American.
- Berlin, F. S. (2014). Pedophilia and DSM-5: The importance of clearly defining the nature of a pedophilic disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 42(4), 404–407.
- Boglund, A., Lundén, A. & Näsman, E. (1974[1973]). *Jag; den andre: spelet om dej och mej och dom utstötta: en presentation av symbolisk interaktionism och stämplingsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Briken, P. (2015). Paraphilie und paraphile Störung im DSM-5. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(3), 140–146.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. (Fifth edition). Oxford: Oxford University Press.
- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (1. uppl.) Malmö: Liber ekonomi.
- Centrum för Andrologi och Sexualmedicin Karolinska Universitetssjukhuset. (2015). *Slutrapport avseende utvecklingsmedel för att motverka sexuellt våld*. Hämtad 2018-04-12 från [http://preventell.se/wp-content/uploads/2014/12/141205\\_rapport\\_PrevenTell.pdf](http://preventell.se/wp-content/uploads/2014/12/141205_rapport_PrevenTell.pdf)
- Cullberg Weston, M. (2008). *Från skam till självrespekt*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eliasson-Lappalainen, R., Jacobsson, K., Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2015). Socialvetenskapliga forskningstraditioner - en introduktion. I A. Meeuwisse., H. Swärd., R. Eliasson-Lappalainen. & K. Jacobsson (Red.), *Forskningsmetodik för socialvetare* (s. 17–30). Stockholm: Natur & kultur.

Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2011). Intervjuer. I G. Ahrne & P. Svensson (Red), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 36–57). Stockholm: Liber.

Festinger, L. (1976[1962]). *A theory of cognitive dissonance*. (Reissue). Stanford: Univ. press.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Görts-Öberg, K. (u.å.) Preventell - hjälplinjen vid oönskad sexualitet. Hämtad 2018-04-23, från <http://www.atsubgbg.nu/wp-content/uploads/2015/12/Katarina-Görts-Öberg.pdf>

Harper, C., Bartels, R., & Hogue, T. (2016). Reducing Stigma and Punitive Attitudes Toward Pedophiles Through Narrative Humanization. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 1079063216681561.

Houtepen, J., Sijtsema, J., & Bogaerts, S. (2016). Being sexually attracted to minors: Sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in self-identified pedophiles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(1) 48–69.

Imhoff, R., & Jahnke, S. (2018). Determinants of Punitive Attitudes Toward People with Pedophilia: Dissecting Effects of the Label and Intentionality Ascriptions. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 353–361.

Jahnke, S. (2018). Emotions and Cognitions Associated with the Stigma of Non-Offending Pedophilia: A Vignette Experiment. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 363–373.

Jahnke, S. & Hoyer, J. (2013) Stigmatization of People With Pedophilia: A Blind Spot in Stigma Research, *International Journal of Sexual Health*, 25:3, 169–184, DOI: 10.1080/19317611.2013.795921

Jahnke, S., Philipp, K., & Hoyer, J. (2015a). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect*, 40, 93–102.

Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., & Hoyer, J. (2015b). Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2173–2187.

Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod- en introduktion. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (s. 91–128). Lund: Studentlitteratur.

Levenson, J., Willis, G., & Vicencio, C. (2017). Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 99–120

Lööf, D. (2005). Informationssökning. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (s. 347–366). Lund: Studentlitteratur.

Martens, P, L. (1998). *Pedofili – barnpornografi och sexuella övergrepp mot barn*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Martens, P, L. & Hradilova Selin, K. (2008). Sexualbrott. I L. Ekström (Red.), *Brottsutveckling i Sverige fram till år 2007* (s. 161–189). Brottsförebyggande rådet. Hämtad 12 april 2018 från, <https://www.bra.se/download/18.1ff479c3135e8540b2980008091/1371914737542/7+Sexualbrott.pdf>

Olseryd, J. & Hradilova Selin, K. (2017) Sexualbrott. I L. Wallin (Red.), *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2015*. (s. 122–151). Brottsförebyggande rådet. Hämtad 16 april 2018 från, [https://www.bra.se/download/18.4a33c027159a89523b1ae6a8/1494921154159/2017\\_5\\_Brottsutvecklingen\\_i\\_Sverige\\_fram\\_till\\_ar\\_2015.pdf](https://www.bra.se/download/18.4a33c027159a89523b1ae6a8/1494921154159/2017_5_Brottsutvecklingen_i_Sverige_fram_till_ar_2015.pdf)

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Johanneshov: TPB.

Preventell. (u.å. a). Vad kan vi hjälpa till med? Hämtad 18 april 2018 från, <http://preventell.se/vad-kan-vi-hjalpa-till-med/>

Preventell. (u.å. b). Om oss. Hämtad 18 april 2018 från, <http://preventell.se/om-oss/>

Proeve, M., & Howells, K. (2002). Shame and Guilt in Child Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46(6), 657–667.

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie om analysarbete i kvalitativ forskning*. Johanneshov: MTM.

Rubin, H.J. & Rubin, I.S. (2012). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. (3rd ed.) Thousand Oaks, Calif.: SAGE.

SFS 2008:355. Patientdatalag.

Shannon, D. & Törnqvist, N. (2011). *Polisanmälda våldtäkter mot barn – en uppdaterad kunskapsbild* (BRÅ-rapport, 2011:6). Stockholm: Norstedts.

Socialstyrelsen. (2014). Barn som far illa eller riskerar att fara illa. Hämtad 2018-06-07, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19528/2014-10-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). Behandlingsinsatser- för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn. Hämtad 2018-05-10, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18211/2011-1-1.pdf>

SOU 2014:49. *Våld i nära relationer: en folkhälsofråga*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Stephens, S., Cantor, J., Goodwill, A., Seto, M., & Davila, J. (2017). Multiple Indicators of Sexual Interest in Prepubescent or Pubescent Children as Predictors of Sexual Recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(6), 585–595.

Stephens, S., Leroux, E., Skilling, T., Cantor, J. M., & Seto, M. C. (2017). Taxometric analyses of pedophilia utilizing self-report, behavioral, and sexual arousal indicators. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(8), 1114–1119. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000291>

Svensson, B. (2012) *De mest hatade. Om pedofiler och andra sexualbrottslingar*. Stockholm: Ordfront.

Svensson, P. & Ahrne, G. (2011). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I G. Ahrne & P. Svensson (Red), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 36–57). Stockholm: Liber.

Svensson, T. (1992). *Människa, interaktion och social omgivning: en grundbok i socialpsykologi med särskild tillämpning på psykiatrisk vårdproblematik*. Mullsjö: Ekbacken.

UNICEF. (2009) *Barnkonventionen. FN's konvention om barnets rättigheter*. Hämtad 2018-04-19 <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 4 april 2018, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forsknings-sed>

Welander, L. (Ansvarig utgivare). (2017, 27 Mars). Är jag pedofil? [Podcast]. Hämtad från, <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/868192?programid=3381>

Öberg, P. (2011). Livshistorieintervjuer. I G. Ahrne & P. Svensson (Red), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 36–57). Stockholm: Liber.

## **Bilagor**

### **Bilaga 1**

Hej X,

Vi är två socionomstudenter från Mittuniversitetet i Östersund som skriver en c-uppsats om hur vägen till professionell hjälp ser ut för en person som har det avvikande tändningsmönster pedofili. Tanken med studien är att undersöka svårigheterna med att söka hjälp, dels med tanke på stigmat kring ämnet men också vad som finns att erbjuda i behandlingsväg. Samt se till vilka sociala följder det får för dessa individer.

Vi har läst en del artiklar där du deltagit samt läst på om Preventell, i den mån det går. Och är intresserade av din kunskap inom ämnet. Vi önskar få ditt deltagande i vår studie, genom en intervju.

Har du möjlighet att medverka?

Med vänliga hälsningar,

Lisa Lindqvist & Sandra Bengtsson

### **Bilaga 2**

Hej X,

Vi är två socionomstudenter från Mittuniversitetet i Östersund som skriver en c-uppsats om hur vägen till professionell hjälp ser ut för en person som har det avvikande tändningsmönster pedofili. Tanken med studien är att undersöka svårigheterna med att söka hjälp, dels på grund av stigmat kring ämnet men också vad som finns att erbjuda i behandlingsväg.

Vi har intervjuat en respondent som arbetar på ANOVA i Stockholm och är nu intresserade av att höra dina tankar kring utbudet av behandling, vad ni erbjuder för behandling och hur en som hjälpsökande når fram till er. Har du möjlighet att medverka i en telefonintervju eller genom att svara på frågor via mail?



Med vänliga hälsningar,

Sandra Bengtsson & Lisa Lindqvist

### **Bilaga 3**

Namn:

Titel:

Erfarenhet inom yrket:

Beskriv kort er verksamhet, Vad gör ni? Vilka yrkesgrupper arbetar hos er? Vilka målgrupper är det som kommer till er?

Vilken typ av behandling erbjuder ni till en person som har pedofili?

Hur hittar de som söker hjälp just er?

Hur ser behandlingsmöjligheterna ut generellt i Sverige? Var i landet finns det hjälp att få?

Ser möjligheterna annorlunda ut beroende på vart en bor? Om ja, vad tror du att det beror på?

Ser ni några hinder för att söka hjälp som pedofil? Om ja, vilka?

Hur ser ni på stigmatiseringen av diagnosen pedofili?

Samarbetar ni med andra yrkesgrupper?

### **Bilaga 4**

Intervjuguide

- Kan du kortfattat beskriva din titel? Vilka är dina arbetsuppgifter?
- Kortfattat om er verksamhet? Bakgrund? Uppkomst? Vilka yrkesgrupper arbetar på verksamheten?
- Samverkar ni med andra yrkesgrupper? Om ja, vilka?
- Vilka är det som söker? Ålder? Geografiskt? Kön? Klass?
- Vilka behandlingar erbjuder ni för personer med pedofili?
- Hur ser kunskapsläget ut när det kommer till behandling av pedofili?
- Anser du att kompetensen är tillräcklig hos de professionella som arbetar med pedofili?
- Hur sprider ni er kunskap vidare?
- Vilka lagar, riktlinjer, förordningar eller konventioner har ni att förhålla er till?
- Har ni anmälningsskyldighet till polisen om ni misstänker att ett brott begåtts?

- Ser du några utmaningar för verksamheten i framtiden?
- Hur arbetar ni för att nå ut till de som är i behov av hjälp?
- Kan du se att stigmatiseringen av ämnet påverkar tillgängligheten av behandling?  
Om ja, på vilket sätt visar det sig?
- Hur påverkar diagnosen/sexuella avvikelser individens sociala liv? Och vilka konsekvenser får den för personen?
- På vilket sätt påverkar stigmatiseringen individens sociala liv?
- Vilka faktorer spelar roll vid mottagligheten av behandling?
- Vilka hinder ser du står i vägen till hjälp, för en person som lever med en pedofilstörning?
- De som faktiskt söker hjälpen. Vad är det som gör att de vågar söka hjälp?
- Enligt Svensson (2012) är pedofiler i behov av lång, sammanhängande behandlingstid där förändringar på kognitiv, social och emotionell nivå måste få möjlighet att lyftas. Vilka nivåer inriktar ni er behandling på?
- Hur ser utbudet på behandling ut för en person med pedofili i Sverige?
- Vilka verksamheter kommer man i kontakt med som vårdsökande pedofil innan man kommer fram till er?
- Söker de hjälp för problematiken direkt eller kommer det fram i behandling av något annat?
- Hur ser sekretessen ut när det kommer till vården, kan en välja att vara anonym och inte journalföras?