

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi,

Aalborg Universitet

STIGMATISERING AF MENNESKER MED PÆDOFILE TANKER



Kilde: fra <http://hellomichelleswan.com/behaviour-stigma/>

Studienummer: 20192402

Gruppe: 21grsx114

Tegn med mellemrum: 82.957

Vejleder: Prof. Christian Graugaard, cand.med., ph.d.

Dansk resumé

Der er tale om stigmatisering, når mennesker pga. karakteristika som hudfarve eller seksuel orientering bliver stemplet på en måde som medfører social marginalisering og/eller diskrimination og således ringere muligheder for livsudfoldelse. Litteraturen har vist, at pædofili er forbundet med signifikant stigmatisering i samfundet. Negative syn og antagelser om pædofile præger også de sundhedsprofessionelle.

Stigmatiseringen kan være medvirkende til, at pædofile tøver med at opsøge professionel hjælp, som ellers er afgørende for at reducere risikoen for seksuelle krænkende adfærd.

Man ønskede derfor at søge at afdække, hvorvidt mennesker med pædofile tanker har oplevet social stigmatisering, og hvordan de i givet fald oplever, at det har påvirket dem, både i forhold til selvbillede, social netværksdannelse og behandlingsmotivation.

Studiet er en kvalitativ undersøgelse, hvor der er blevet gennemført semistrukturede interviews med 2 informanter med pædofile tanker.

Man fandt, at mennesker med pædofile tanker oplever at blive udsat for betydelig stigmatisering i samfundet, og at dette påvirker deres selvopfattelse og deres evne til at danne sociale netværk negativt. De oplever, at de ikke kan snakke med andre om deres seksuelle tanker om børn. Ligeledes fandt man, at mennesker med pædofile tanker har svært ved at søge læge for at få behandling på grund af frygt for at blive anmeldt.

Disse resultater stemte overens med eksisterende litteratur på området.

Man kan derfor konkludere, at mennesker med pædofile tanker oplever at blive udsat for betydelig social stigmatisering, som påvirker deres selvopfattelse og deres behandlingsmotivation. Det vil være ønskeligt at iværksætte oplysningskampagner i samfundet for at kunne reducere stigmatiseringen. Gennemsyn af de nuværende henvisningskrav for sexologisk behandling vil være ønskeligt for at kunne øge andelen af mennesker med pædofile tanker, der vil opsøge professionel hjælp.

Engelsk resumé

Stigmatization is the disapproval of people based on characteristics, such as skin color or sexual orientation, that leads to discrimination and thus inferior opportunities to achieve personal development. The literature has shown that pedophilia is associated with significant social stigma. Negative views and assumptions of pedophiles also characterize the health professionals.

Stigmatization can be a contributory factor in the reluctance of pedophiles to seek treatment. Treatment is crucial to reduce the risk of sexual offending behavior.

It was investigated how people with sexual thoughts about children have experienced social stigma and how they have experienced that it has affected them, both in terms of self-image, development of social network and treatment motivation.

The study consists of a qualitative study in which semi-structured interviews were conducted with 2 informants.

It was found that people with sexual thoughts about children are exposed substantial social stigma, which negatively affects their self-perception and their ability to form a social network. They experience that they cannot talk to others about their sexual thoughts about children. Similarly, it was found that people with sexual thoughts about children find it difficult to seek treatment, due to their fear of being reported to the police.

These results were consistent with existing literature in the field.

It can therefore be concluded that people with sexual thoughts about children are exposed to substantial social stigma which affects their self-perception and their treatment motivation. It would be desirable to launch public information campaigns to reduce stigma. Revision of the current referral requirements for sexological treatment would be desirable in order to increase the proportion of those who will seek professional help.

Indhold

| | |
|---|-----------|
| Dansk resumé | 2 |
| Engelsk resumé | 3 |
| 1. Indledning..... | 6 |
| 2. Baggrund | 7 |
| 2.1. Pædofili | 7 |
| 2.1.1. Definition af pædofili..... | 7 |
| 2.1.2. Teoretiske modeller for pædofil tiltrækning | 10 |
| 2.1.3. Generelle kliniske forhold..... | 11 |
| 2.1.4. Forekomst og ætiologi..... | 12 |
| 2.1.5. Diagnostik, differentialdiagnostik og komorbiditet..... | 12 |
| 2.1.6. Behandlingstilbud | 14 |
| 2.2. Stigmatisering..... | 16 |
| 2.2.1. Teoretiske rammer | 16 |
| 2.2.1. Pædofili og social stigmatisering | 18 |
| 3. Problemformulering..... | 24 |
| 4. Metodeafsnit..... | 25 |
| 4.1. Materiale og videnskabsteoretiske rammer..... | 25 |
| 4.2. Udarbejdelse af interviewguide..... | 26 |
| 4.3. Rekruttering og samtykke | 26 |
| 4.4. Udførelse af interviewet..... | 27 |
| 4.5. Analysemetode..... | 28 |
| 4.6. Ethiske overvejelser | 28 |
| 4.7. Litteratursøgning..... | 29 |
| 5. Resultater | 32 |
| 6. Diskussion..... | 38 |
| Seksualitet..... | 39 |
| Opfattelse af egen seksualitet..... | 39 |
| Oplevelse af seksuel trivsel og søgen efter intimitet..... | 40 |
| Den uforklarlige seksualitet | 41 |
| Stigmatisering..... | 42 |
| Oplevelse af andres stigmatiserende reaktioner og konsekvenser af det | 42 |
| Egne moralske overvejelser | 43 |
| Psykiske konsekvenser af stigmatisering..... | 43 |
| Behandling | 43 |
| Det umulige første skridt..... | 44 |
| Ideer til at gøre behandlingen mere tilgængelig..... | 44 |
| 7. Metodekritik..... | 44 |
| 8. Konklusion | 46 |
| 9. Perspektivering..... | 47 |
| 10. Litteraturliste..... | 47 |
| Bilag 55 | |
| Bilag 1 – Interviewguide (til interviewet med informanterne) | 55 |
| Bilag 2 – Skriftlig deltagerinformation | 62 |

1. Indledning

I mine studier ved Masteruddannelsen i Sexologi på Aalborg Universitet blev jeg opmærksom på hvordan mennesker kan blive genstand for social stigmatisering som følge af deres seksualitet, og hvordan stigmatiseringen kan svært begrænse deres livskvalitet.

Jeg er ansat som speciallæge i psykiatri med ansvaret for Sexologisk Team. Jeg oplever ofte i mit daglige arbejde, at patienter med pædofile tanker beskriver at have været udsat for social stigmatisering, samt de beskriver tendens til social isolation pga. deres seksualitet. De beskriver, at det er meget svært at være åben om deres seksuelle drifter over for andre. Mange beretter om barrierer for at kunne opsøge hjælp, da frygten for diskrimination og anmeldelse forhindrer denne patientgruppe i at kunne henvende sig for at få henvisning til at modtage sexologisk behandling.

Baseret på mine kliniske erfaringer, er jeg blevet nysgerrig på at undersøge, på hvilke måder og i hvilket omfang mennesker med seksuelle tanker om børn oplever social stigmatisering. Hvordan bliver deres selvopfattelse påvirket og hvordan kan de danne nye sociale relationer? Hvordan beskriver de deres vej til at opsøge behandling, og hvad tænker de kunne optimeres i det nuværende behandlingstilbud?

Dette masterspeciale fokuserer således på social stigmatisering af mennesker med seksuelle tanker om børn og forsøger desuden at belyse, hvordan brugerne selv synes, det sexologiske behandlingstilbud kunne optimeres, og hvilke interventioner de tænker kunne være med til at reducere stigmatiseringen af mennesker med pædofile tanker i samfundet.

2. Baggrund

Pædofili har på det seneste fået tiltagende videnskabelig opmærksomhed, som har ført til udvikling af nye teoretiske modeller, som forsøger at give en forståelsesramme for denne seksuelle adfærd [1]. Der er nu et videnskabeligt synspunkt om, at pædofili kan forstås som en seksuel orientering på lige fod med, homo- eller heteroseksualitet [2].

Der er en voksende akademisk konsensus om, at en pædofil seksuel orientering ikke grundlæggende kan forandres, men at man kan minimere risikoen for krænkende adfærd ved hjælp af strukturerede behandlingsprogrammer [3,4].

Generelt har forskningen inden for feltet primært været fokuseret på de seksuelle krænkere og på forebyggelse af tilbagefald [4,5]. Det er dog blevet mere tydeligt på det sidste, at mennesker med seksuel interesse rettet mod børn udgør en meget heterogen gruppe, og at *ikke-udøvende pædofile* udgør en større andel end førhen antaget [6].

Der har også udviklet sig en opfattelse af, at en ringe livskvalitet blandt mennesker med pædofile drifter kan være en medvirkende årsag til tilbagefald eller handling på de seksuelle tanker, hvorfor det er blevet mere fokus på at opnå en tilfredsstillende livskvalitet hos disse mennesker ved hjælp af terapien [7]. En vigtig faktor i forhold til livskvaliteten er stigmatiseringen. Forskningen peger på at pædofili er forbundet med signifikant social stigmatisering [8], som kan føre til nedsat behandlingsmotivation [9]. Der er dog meget begrænset forskningsmateriale tilgængelig på området [10].

Nedenstående gennemgår definitionen, diagnostikken og behandlingen af pædofili, og der gives en kort indblik i de teoretiske rammer for social stigmatisering. Endeligt fremlægges den begrænsende forskning, som findes om stigmatisering af pædofile.

2.1. Pædofili

2.1.1. Definition af pædofili

Pædofili er en parafil forstyrrelse, som figurerer som en psykiatrisk diagnose både i ICD-10 [11] og DSM-5 [12]. (I Danmark anvender man ICD-10 diagnosesystemet, mens DSM-5 er primært anvendt i forskning og f.eks. i USA og Canada.)

Begrebet ”parafili” refererer oftest til at beskrive ukonventionelle eller ulovlige seksuelle adfærdstyper. Selve ordet er af græsk oprindelse og kan oversættes som ”ved siden af kærlighed”, hvilket betyder tiltrækning ved siden af det sædvanlige og mest hyppige. Diagnosen ”seksuel afvigelse” blev indført først i ICD-6, som var udgivet i 1948, hvorefter parafilier i ICD-8 (1965) blev gjort til et selvstændigt kapitel [13]. Begrebet ”pædofili” blev først anvendt af den tysk-østrigske psykiater Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), i den betydningsfulde afhandling, ”Psychopathia Sexualis” (1886), som for første gang definerede de fleste parafilier og beskrev dem som psykiatriske sygdomme, som i nogle tilfælde kunne behandles [14].

Pædofili defineres som en vedvarende seksuel tiltrækning eller interesse for præpubertære børn, (i alderen under 13 år) [11]. Diagnosekriterier for både ICD-10 og DSM-5 fremgår i Tabel 1.

| | |
|---------------------------------|--|
| ICD-10 F65.4 Pædofili | Seksuel forkærlighed for børn, ofte i sen barnealder eller tidlig pubertet Generelle kriterier for F65 Seksuelle afvigelser: perversioner, parafilier, skal være opfyldt: G1. Vedvarende intense seksuelle impulser og fantasier, der involverer atypiske objekter eller aktiviteter G2. Personen har handlet på impulserne eller er væsentligt generet af dem G3. Præferencen har været til stede i min. 6 mdr. F65.4 Pædofili A. De generelle kriterier for F65 Seksuelle afvigelser skal være opfyldt B. En vedvarende eller dominerende præference af seksuel aktivitet med et eller flere præpubertære børn C. Personen skal være ≥ 16 år og ≥ 5 år ældre end barnet eller børnene i pkt. B |
| DSM-5 302.2 Pædofili | A. Gentagne og intense seksuelt ophidsende fantasier, seksuel trang eller adfærd, som involverer seksuel aktivitet med et præpubertært barn eller børn generelt 13 år eller yngre i en periode på ≥ 6 mdr. B. Personen har handlet på denne seksuelle trang, eller den seksuelle trang eller de seksuelle fantasier forårsager klinisk signifikant lidelse eller personlige problemer C. Personen er ≥ 16 år og er ≥ 5 år ældre end barnet eller børnene i pkt. A <u>Bemærk</u> Inkluder ikke en person i sen teenageår som er involveret i et igangværende seksuelt forhold med en 12- eller 13-årig <u>Specificer om</u> Eksklusiv type (kun tiltrukket af børn) eller ikkeeksklusiv type <u>Specificer hvis</u> Seksuelt tiltrukket af mænd/drenge, seksuelt tiltrukket af kvinder/piger, seksuelt tiltrukket af begge køn Begrænset til incest |

Tabel 1. Overblik over de diagnostiske kriterier for pædofili i ICD-10 (forskningskriterier) og DSM-V. Fra: Bengtson S., Sørensen T., Kristensen E. Diagnosing and treating paedophilia, Ugeskr Læger 2019;181:V02190123.

Som det kan ses, er der i høj grad overensstemmelse mellem de to diagnosesystemer i forhold til de diagnostiske kriterier. Både ICD-10 og DSM-5 definerer pædofili som gentagne / vedvarende intense seksuelle impulser, trang, fantasier eller adfærd, som involverer seksuel aktivitet med et præpubertært barn eller børn [12]. Præferencen skal have været til stede i min. 6 måneder, og patienten skal have handlet på de seksuelle fantasier eller, præferencen skal forårsage klinisk betydelig lidelse.

I DSM-5 er der mulighed for at præcisere eksklusivitet (hvorvidt der er tale om seksuelle drifter, som udelukkende er rettede mod børn) samt at angive det foretrukne køn. Pædofil tiltrækning kan være rettet mod drenge eller piger eller mod begge køn [15]. Hebefili (seksuel interesse for børn i alderen 11-14 år, dvs. i den tidlige pubertet) er ikke inkluderet som en selvstændig diagnose i DSM-5, på trods af at DSM-arbejdsgruppen har forslået inklusion af diagnosen. Hebefili kan i stedet diagnosticeres som "paraphilia not otherwise specified" i DSM-5 [16]. Pædofili-diagnosen i ICD-10 inkluderer også hebefili [16].

Det er ikke nærmere defineret i de to diagnosesystemer, hvad der menes med f.eks. kriterierne "gentagne" eller "intense", men DSM-5 beskriver, at diagnosen er anvendt over for mennesker, som har en større seksuel interesse for børn end over for jævnaldrende [12]. Den delvise operationalisering kan påvirke reliabiliteten. Feltstudier viser moderat inter-rater reliabilitet (Kappa koefficient på 0.59) og intern validitet for diagnosekriterier i DSM-5 [16]. Der findes ingen data om validiteten og reliabiliteten af de diagnostiske kriterier anvendt i ICD-10.

Hvis tilstanden ikke er forbundet med f.eks. følelser af skam og skyld, og ikke fører til betydelige personlige problemer, samt personen ikke har handlet på sine seksuelle tanker, diagnosticeres tilstanden som "pædofil seksuel interesse" og ikke som "pædofil seksuel forstyrrelse" i DSM-5 [12]. Generelt kræves det diagnostisk, at patienterne oplever betydelig lidelse ved tilstanden, dvs. at tilstanden medfører personlige problemer. Samtidig er pædofili dog en af de få diagnoser (sammen med antisocial / dyssocial personlighedsforstyrrelse), som alene kan stilles, hvis personen har en adfærd, som medfører gener for omgivelsen (dvs. den pædofile har handlet på de seksuelle impulser), uden at personen selv er generet af tilstanden. Dette betyder, at et seksuelt overgreb på et barn *i sig selv* udløser pædofili-diagnosen i DSM-5, uagtet personens seksuelle præferencer. Praksissen er blevet kritiseret, og nogle forskere har advokeret for at omformulere de diagnostiske kriterier for pædofili i DSM-5, således at de vil følge den generelle definition af psykisk lidelse, som kræver tilstedevær af klinisk signifikant lidelse eller betydeligt funktionstab [17].

Pædofili kan forstås som en kronofili, dvs. en aldersfokuseret seksuelle begær, hvor en person seksuelt tænder på en person, der tilhører en bestemt aldersgruppe. Begrebet blev opfundet af den newzealandske psykolog John Money (1921-2006) [2].

I den danske psykiatri bliver diagnosen anvendt efter de principper i ICD-10, således at det inkluderer personer med en dominerende seksuel præference for børn [18].

WHO offentliggjorde den færdig-reviderede version af ICD-11 i maj 2019. Oversættelsen forventes afsluttet i 2023 og ICD-11 forventes at kunne implementeres i Danmark tidligst i 2024 [19].

I ICD-11 benævnes parafilier som ”parafile forstyrrelser”, således følger man strukturen fra DSM-5. For at kunne stille diagnosen pædofil forstyrrelse kræves der, at den pågældende skal have handlet på de seksuelle tanker om børn og/eller at personen er betydelig forpint af sine seksuelle drifter [20].

2.1.2. Teoretiske modeller for pædofil tiltrækning

Som tidligere nævnt, kan pædofili forstås som en medfødt eller tidligt udviklet seksuel orientering. Pædofili udviser i hvert fald de typiske karakteristika, som betegner en seksuel orientering: den starter i en tidlig levealder og forbliver forholdsvis stabil i løbet af livet [21].

Forskning peger også på fælles egenskaber med andre seksuelle orienteringer, såsom homoseksualitet [22]. Det ses således også ved pædofili (ligesom ved homoseksualitet), at prænatale faktorer (f.eks. en tilfældig eller genetisk dirigeret kønshormonpåvirkning af særlige hjerneområder) kan spille en rolle i udviklingen: blandet pædofile er der set en øget forekomst af ikke-højrehåndethed sammenlignet med baggrundsbefolkningen [23]. Desuden, har man peget på neuroanatomiske karakteristika, hvor man kan se reduceret volumen af den grå substans i hypothalamus og amygdala (områder som er ansvarlige for den emotionelle processering) ved pædofile [24,25].

Pædofili kan udvikle sig som et resultat af et komplekst samspil af både epigenetiske, genetiske (arvelighed), psykologiske (psykotraumer, f.eks. seksuelt overgreb i barndommen) og neurofysiologiske faktorer (neurotransmitter ubalance i hjernen, samt strukturelle forandringer) [26] og der kan ikke peges på klare årsagssammenhænge.

2.1.3. Generelle kliniske forhold

I den kliniske praksis, er det vigtigt at nævne nogle begreber, som generelt anvendes ved klassificering af parafille forstyrrelser, og som kan få en betydning i forhold til det terapeutiske forløb.

Således kan der skelnes mellem *egosyntone* og *egodystone* pædofile tilstande. Ved egosyntoni forstås der, at de pædofile impulser er ikke-personlighedsfremmede, og de anses derfor som velintegreret i individets personlighed. Ved egodystoni, er det karakteristisk, at de seksuelle impulser er fremmede og uacceptable for personen selv.

Egosyntone pædofile kan være meget vanskelige at behandle, da behandlingsmotivationen kan være minimalt (da de mener, at det er omgivelserne/samfundet, som tager fejl, og ikke dem), således at det bliver umuligt at opnå en behandlingsalliance [27].

Frihedsgraden er et andet vigtigt begreb, som beskriver individets fleksibilitet i forhold til det seksuelle. Jo mere den seksuelle tiltrækning er eksklusivt rettet mod børn, jo mindre fleksibel er personen til at kunne rette (sublimere) driftsenergien mod andre, lovlige seksuelle aktiviteter [27].

Der kan også ses en anden opdeling af mennesker med pædofile drifter, hvor man tager udgangspunkt i, hvorvidt de har handlet på de seksuelle impulser (og hermed begået en kriminell handling). De pædofile, som ikke har handlet på impulserne, betegnes som ikke-udøvende pædofile, mens dem, som har handlet på impulserne, betegnes som seksuelle krænkerer. Begge grupper er dog heterogene. Fra et klinisk synspunkt er sidstnævnte opdeling vigtigt i forhold til, hvorvidt den pågældende person kan inkluderes i den danske behandlingsordning for seksualkriminelle.

Den stereotype beskrivelse af pædofili inkluderer ofte, at pædofile er farlige for børn, da de per definition begår overgreb mod børn [8]. Dette kan forstås som et ”logisk” resultat af den intuitive antagelse om, at ingen mennesker ville involvere sig i seksuelle aktiviteter med børn, hvis de ikke var seksuelt tiltrukket af børn [28]. Det er derfor vigtigt at pointere, at mere end halvdelen af dem, som begår seksuel krænkelse mod børn, *ikke* opfylder ikke de diagnostiske kriterier for pædofili (dvs. at deres seksuel præference for børn *ikke* er dominerende), hvilket også fremgår som en konklusion af undersøgelsen af den danske behandlingsordning [29]. Dette ses bekræftet af flere studier, f.eks. af Seto og Lalumiere (2001), som finder, at kun 40% af de seksuelle krænkerer af mindreårige bliver mere seksuelt ophidset ved seksuelle stimuli, som involverer børn end ved seksuelle stimuli, som involverer voksne [30]. Omvendt, gælder det, at størstedelen af pædofile ikke begår overgreb: Riegel

et al. (2004) finder således ved en spørgeskemaundersøgelse blandt mennesker med pædofile tanker, at 78,6% ikke har haft seksuel kontakt med børn [31].

2.1.4. Forekomst og ætiologi

Der er flere forskellige undersøgelser, som har forsøgt at belyse hyppigheden af seksuelle fantasier om børn i baggrundsbefolkningen. Dombert et al. (2006) finder ved en online spørgeskemaundersøgelse af tyske mænd, at ca. 4,1% rapporterer om seksuelle fantasier om børn, mens kun 0,1% har en dominerende pædofil seksuel præference [32]. I et finsk studie af voksne mandlige tvillinger var der 0,2%, som havde seksuel interesse for børn under 12 år, mens 3,3% havde seksuel interesse for børn under 15 år [33]. I den danske befolkningsundersøgelse Projekt SEXUS (2019) finder man, at 3% af de mandlige og 0,3% af de kvindelige respondenter har svaret ja til at have haft fantasier om at have sex med en person under 15 år indenfor det seneste år, mens 0,3% af mænd har svaret, at de rent faktisk havde prøvet det [34]. I en metaanalyse har man anslået, at ca. 5% af den mandlige befolkning til en vis grad har følt sig seksuel tiltrukket af mindreårige [28].

Disse tal kan dog være behæftet med rapporteringsbias, og kan ikke direkte oversættes til den egentlige hyppighed af pædofili i befolkningen, hvor seksuel tiltrækning mod præpubertære børn fungerer som den dominerende seksuel præference.

Prævalensen af eksklusiv pædofili skønnes til at være ca. 1% af mænd [26], og meget lavere hos kvinder.

2.1.5. Diagnostik, differentialdiagnostik og komorbiditet

Mennesker med en pædofil seksuel tiltrækning udgør en heterogen gruppe, hvorfor det klinisk praksis er centralt at stille en valid diagnose. I praksis hviler diagnostikken på de indsamlede anamnesticke oplysninger (herunder en detaljeret psykiatrisk og seksuel anamnese) og tidligere kriminalitet mod børn [28]. De anamnesticke oplysninger kan dog være behæftet med bias, fordi den pågældende kan tilbageholde informationer på grund af skam og frygt for at blive anmeldt [18].

Der kan også anvendes validerede diagnoseredskaber for monitorering af den seksuelle krænkende adfærd, f.eks. skalaen Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2) [35], der indeholder fem items, bl.a. om hvorvidt den pågældende har krænket børn, samt om besiddelse af utugtige billeder af børn (UBB) (Figur 1). Hvert item scores som ikke til stede (0) eller til stede (1), dog frasat første item, der scores med 2, hvis det er til stede. Scoren har positiv korrelation til seksuel interesse i børn.

| | Items | Ikke til stede | Til stede |
|-------------|---|----------------|-----------|
| 1. | Et eller flere drenge ofre under 15 år | | |
| 2. | Et eller flere ofre under 15 år | | |
| 3. | Et eller flere ofre under 12 år | | |
| 4. | Et eller flere ubeslægtede ofre under 15 år | | |
| 5. | Personen har oplyst om eller er sigtet for UBB-kriminalitet (besiddelse, distribution, eller production af UBB) | | |
| Total score | | | |

Figur 1. Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2) (Seto, Stephens, Lalumière & Cantor, 2017) Oversat af Bengtson S & Kristensen E (2019).

Fallometri er også en valideret metode, oprindeligt udviklet af Kunst Freund (1963) [36]. Den viser en høj korrelation med den selv-rapporterede pædofil interesse [37]. Undersøgelsen foregår ved, at personen præsenteres for seksuelle stimuli af børn i varierende aldre, mens penisresponsen (i form af blodfyldning/rejsning) måles. Metoden er resursekrævende, etisk problematisk og ikke tilladt i Danmark (jf. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention) [18].

Det er vigtigt at understrege, at tanker med seksuelt indhold om børn kan være et symptom ved andre psykiatriske sygdomme. Hvis tankerne har en påtrængende karakter, forsøges modstået samt ikke i sig selv er lystbetonede, er der ofte tale om tvangstanke eller pseudoobsessioner (afhængig af graden af egosyntoni) [11,38]. Patienter med OCD, svær depression eller lidelser i det skizofrene spektrum kan opleve påtrængende tanker med seksuelt indhold om børn som et symptom på deres lidelse. Disse tanker kan ofte misidentificeres som pædofile af de sundhedsprofessionelle [39]. Besiddelse af utugtige billeder af børn er heller ikke specifikt for pædofili og kan være relateret til autisme, dårlig begavelse eller hyperseksualitet [18]. Derfor er det nødvendigt med en grundig udredning.

Hertil kommer, at der ses en overhyppighed blandt pædofile af komorbide psykiske lidelser, og mange vil være præget af autisme, begrænsede intellektuelle resurser eller misbrug [15,23]. Det er vigtigt, at disse sygdomme behandles samtidig med pædofilien. Pædofili er som regel forbundet med følelse af skyld og skam, som kan føre til øget suicidalitet [9]. I en spørgeskemaundersøgelse blandt mennesker med seksuelle tanker om børn, så man, at 45% af respondenter havde haft selvmordstanker, 32% af respondenter havde haft selvmordsplaner, og 13% havde haft selvmordsforsøg, pba. deres seksuelle impulser [40].

2.1.6. Behandlingstilbud

Fokus i behandlingsforløbet er afhængigt af, hvorvidt der er tale om en egosynton pædofil orientering, og hvorvidt der er seksualkriminalitet i anamnesen (inkl. besiddelse af utugtige billeder af børn).

Som det er beskrevet før, kan der ses strukturelle forandringer i hjernen hos mennesker med pædofili, blandt andet i de områder som er ansvarlig for empati og mentalisering [25]. Disse forandringer kan resultere i nedsat mentaliseringsevne samt kognitive forvrængninger ("cognitive distortions"), hvor de pædofile normaliserer deres adfærd, tolker dem som naturlige og mener, at overgrebet er sket på barnets initiativ [41]. Derfor er der generelt tale om en behandling, hvor målet er, at patienterne får mere indsigt i deres seksuelle impulser, opnår en forståelse for (og en vis kontrol over) deres seksuelle adfærd, identificerer potentielt farlige situationer, opnår flere seksuelle frihedsgrader, samtidigt at der sker en reduktion i risikofaktorerne for at begå seksualkriminalitet. Disse risikofaktorer omfatter social isolation, stof- og alkoholmisbrug, familiære problemer og belastninger og arbejdsmæssige belastninger [18].

Behandlingen tager afsæt i "The good lives model", som er blevet grundlagt af den newzealandske psykolog Tony Ward. Modellen baserer sig på en kerneantagelse om, at alle mennesker søger oplevelser, der giver dem velvære ud fra deres personlige værdier. Kriminel adfærd opfattes således som et udtryk for mangel på de resurser, som vil muliggøre at opnå disse oplevelser på en samfundsmæssigt acceptabel måde [42]. Det forsøges i behandlingen at etablere en lovlig

seksualitet med en meningsfyldt og givende livsstil, således at den pågældende bliver i stand til at modstå fremtidige psykiske belastninger uden fare for at begå seksualkriminalitet [43].

Behandlingen består af psykoedukation og en blanding af kognitiv adfærdsterapi og en psykodynamisk tilgang, men nyere behandlingsformer (f.eks. mentaliseringsbaseret terapi) kan også anvendes. Behandlingen tilpasses patientens individuelle behov. Der kan tilbydes gruppebehandling, individuelle samtaleforløb eller en kombination af disse [43].

Der findes de følgende forebyggende indsatser mod overgreb mod børn i Danmark: Sexologisk Klinik ved Rigshospitalet, som har en anonyme telefonrådgivning (Brydcirklen), og RedBarnet, som hjælper med vidensdeling.

Den danske behandlingsordning for seksuelle krænker (DASOP) blev organiseret pba. en ændring af straffeloven i 1997, der gav mulighed for at straffe sædelighedskriminelle med betinget dom med vilkår om sexologisk behandling. Behandlingsordningen blev permanentgjort i 2001. Ordningen består af et tæt samarbejde mellem fire organisationer: Herstedvester Fængsel, Sexologisk Klinik ved Rigshospitalet, Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart (i samarbejde med Team for Sexologi ved Psykiatrisk Afdeling i Odense) og Retspsykiatrisk ambulatorium ved Aarhus Universitetshospital [44]. Patienterne kan også få en henvisning til behandling fra egen læge. Effekten af behandlingen i behandlingsordningen har ikke været entydige. Det er vanskeligt at undersøge behandlingseffekten. Det er nemlig ikke muligt at udføre en randomiseret klinisk forsøg pga. etiske hensyn [29]. Generelt ses der lav til moderat effekt af de forskellige psykologiske behandlingsformer [45].

Ved de seksuelle krænker er der fokus på forebyggelse af tilbagefald. Forskningen viser, at dem der har begået kontaktovergreb, er i større risiko for tilbagefald end dem der har udelukkende set på utugtige billeder af børn [46]. Der kan anvendes validerede redskaber udviklet til vurdering af risiko for seksualkriminalitet. Disse tager udgangspunkt i en række faktorer som er forbundet med recidivrisiko (f.eks. misbrug, belastninger og tidligere seksualkriminalitet) [28].

Der er gode erfaringer med nye behandlingsinitiativer i udlandet. Flere af disse tilbyder mulighed for anonym behandling, f.eks. The Prevention Project Dunkelfeld i Tyskland. Projektet indebærer også en bred oplysningskampagne [47,48]. Lignende projekter kan findes bl.a. i Norge ("Det finnes hjælp") og den svenske Preventell [47]. Fælles for disse projekter er deres "lavtærskel" struktur, dvs. at patienterne kan selv henvende sig, anonymt og uden behov for henvisning.

Udover de forskellige behandlingsindsatser, findes der også online fora, hvor især de såkaldte "lovlydige" pædofile ("virtuous pedophiles") kan støtte hinanden ikke at handle på deres pædofile drifter [49].

2.2. Stigmatisering

2.2.1. Teoretiske rammer

Begrebet stigma er dannet af det græsk ord "stigma", som betyder "mærke". Ordet henviser til de egenskaber, som af omgivelserne opleves som afvigende eller mindreværdige, og som resulterer i en social stemping med efterfølgende marginalisering, udstødning og/eller diskrimination af de berørte individer [1].

Den canadiske sociolog Erving Goffman (1922-1982) definerer stigma således [50]:

"Når en fremmed står foran os, kan det vise sig, at han har et kendetegn – en attribut, der adskiller ham fra andre i hans kategori. Et kendetegn af den mindre ønskede slags – i de ekstreme tilfælde, kan han blive set som en person, der er helt igennem dårlig, farlig eller svag. Således bliver han i vores opfattelse reduceret fra en hel og almindelig person til en besmittet og devalueret person. Sådan et kendetegn er et stigma, især hvis dets diskvalificerende effekt er meget udtalt" [51, *citeret efter Sundhedsstyrelsens debatoplæg om stigmatisering*].

Stigmatisering foregår i den sociale interaktion og udspiller sig i en konkret social situation.

Der findes flere forskellige teoretiske tilgange til og forklaringsmodeller vedrørende stigmatisering. En af de mere betydningsfulde er Links konceptualisering af stigmatisering (2001), som beskriver 6 komponenter i processen: mærkning (stemping), stereotypisering, adskillelse, tab af status, diskrimination og magtforhold [51,52].

Nedenstående gives der en kort gennemgang af disse komponenter [51].

Mærkning: Ved mærkning forstås den proces, når en egenskab som har betydning i en social sammenhæng, bliver tillagt en negativ betydning i den sociale kontekst. Det er ikke alle forskelle mellem mennesker som har en social betydning. Man tillægger ikke en særlig betydning for f.eks.

hårets længde. Hvad der bliver betydningsfuld, er afhængig af en social og kulturel selektion, og varierer fra samfund til samfund.

Stereotypisering: Man har en tendens til at tillægge en mærket person de egenskaber, som er knyttet til sin kategori. F.eks. en person med overvægt bliver ikke længere set som et unikt individ, men som doven, svag og uden viljestyrke. Dette kaldes stereotypisering. Selvom man har kontakt til en gruppe mennesker, kan man fortsat have en stereotyp opfattelse af gruppen. Som et eksempel på dette viser forskningen, at psykoterapeuter i høj grad har en stereotyp opfattelse af mennesker med pædofile drifter [53].

Adskillelse: Gruppen, der omfatter én selv ("vi") bliver éns definition på "de normale" og således alle dem som tilhører en anden social kategori, bliver adskilt fra "de normale og bliver betragtet som "dem" og "de unormale".

Tab af status og diskrimination: De mennesker som bliver tillagt de negative karakteristika, kan blive udsat for devaluering og forskelsbehandling, eksklusion (dvs. diskrimination). De kan blive set som andenrangsborgere, og kan blive f.eks. fravalgt ved en jobsamtale, afvist ved ansøgning om bolig eller får ringere adgang til sundhedsydelser.

Magtforhold: Kategorisering er en universel menneskelig aktivitet. Men for at man kunne tale om egentlig stigmatisering kræves det at den gruppe, der diskriminerer en anden gruppe, skal have politisk, kulturel eller økonomisk magt. Således fører diskriminationen til negative konsekvenser for dem, der bliver tillagt de uønskede karakteristika.

Styrken af stigmatiseringen kan være afhængig af flere faktorer. Herunder hvorvidt den uønskede egenskab kan skjules af dem, der bærer den. Et usynligt stigma betyder mindre risiko for stigmatisering, der det kan skjules. Ansvar for stigmaet spiller også en rolle. Hvis et stigma opfattes som selvforskyldt, fører det til højere grad af stigmatisering [54].

En videreudvikling af Links teoridannelse blev udarbejdet af Rüsç (2005) [55]. Ifølge ham kan social stigmatisering konceptualiseres i en kognitiv, affektiv og adfærdsmæssig dimension, og stigmatisering udformer sig gennem stereotypisering, fordomme og diskrimination. Stereotyp opfattelse af mennesker bærende et stigma fører til udvikling af negative antagelser (fordomme), som resulterer i negative/fjendtlige følelser og til sidst motiverer forskellige grader af marginalisering og/eller diskrimination.

Diskrimination fører til ringere muligheder for livsudfoldelse, med målbare tab af social status, f.eks. i form af begrænsede tilgængelighed af bolig, job og sundhedsvæsenet [56,57]. De stigmatiserede forsøger derfor ofte at skjule deres stigmatiserende træk for at undgå diskrimination. Hvis det alligevel lykkedes dem at skjule deres stigma, oplever de frygt for at blive opdaget. Denne frygt og internaliseringen af de negative stereotyper udgør den stigma-relaterede stress, som fører til nedsat emotionelt og socialt funktionsniveau, med lavt selvværd, ensomhed og suicidalitet som følger [58,59].

En amerikansk epidemiolog Ilan Meyer har udarbejdet en forståelsesramme for minoritetsstress ("*sexual identity stress*"). Minoritetsstress er den stress en person, der tilhører en seksuel minoritet oplever. Minoritetspersoner kan i højere grad opleve stigmatisering med fordomme og diskrimination som følge. Internalisering af deres objektive oplevelser af diskrimination fører til frygt for og forventning om afvisning. Disse processer kan resultere i at de opfatter det omgivende samfund som fjendtlig og stressende [60]. Minoritetsstress kan være en af grundene til at der ses en ulighed i sundhed ved minoritetspersoner [61].

2.2.1. Pædofili og social stigmatisering

Der er findes kun relative få studier, der har beskæftiget sig med stigmatisering af mennesker med pædofile tanker [10].

Disse gennemgås nedenstående i kronologisk rækkefølge. Gennemgangen er baseret på undertegnede tidligere litteraturgennemgang på området i forbindelse med forfatterens opgave på modul 5 på Masteruddannelsen i Sexologi på Aalborg Universitet i maj 2020 [62].

1. Jahnke S., Hoyer J., 2013 [10]

Studiet er en litteraturgennemgang vedrørende stigmatisering af mennesker med seksuelle tanker om børn. Der blev inkluderet 11 kvantitative studier, som blev publiceret mellem 1983 og 2010.

Furnham et al. viste, at deltagerne opfattede pædofili som en tilstand, der skyldtes forskellige opvækstvilkår (f.eks. relationelle problemer i barndommen og dårlig opdragelse) samt genetisk forhold [63]. To undersøgelser fra McCartan [64,65] studerede stereotyper og fordomme vedr. pædofili: to-tredjedel af respondenter (68,6%) tænkte at pædofile var lige ved seksuelle krænker. Respondenterne forbandt negative egenskaber med mennesker med pædofile drifter, såsom at de var ondskabsfulde og modbydelig. To studier undersøgte fagpersonernes stigmatiserende holdninger mod mennesker med seksuelle tanker om børn. Det viste, at det var kun en lille del (4,7%) af psykoterapeuter som var åben for at behandle klienter med pædofile drifter [66].

To studier viste, at en betydelig del af mennesker med seksuelle tanker om børn havde på et tidspunkt i deres liv overvejet at begå selvmord [40]: 32% havde haft selvmordsplaner og 13% havde haft selvmordsforsøg.

Litteraturgennemgangen kom frem til at de fandtes meget få studier på området. Studierne anvendte forskellige metoder og de var uensartet i forhold til den undersøgte population.

2. Jahnke S., Imhoff R., Hoyer J., 2015 [8]

Studiet er en spørgeskemaundersøgelse, som blev designet til at sammenligne respondenternes stigmatiserende holdninger i forhold til forskellige socialt marginaliserede grupper. Studiet viste, at deltagerne var præget af en udtalt stigmatiserende holdning i forhold til mennesker med pædofile drifter. Der sås signifikante forskelle mellem de sammenlignede grupper, og deltagerne viste signifikant højere grad af stigmatisering mod pædofile end mod hhv. mennesker med alkoholmisbrug og sadistiske tendenser. Effekten var moderat til stor. Største forskel var ved subskalaen farlighed i forhold til børn, hvor deltagerne vurderede pædofile markant farligere. Studiet sammenlignede også deltagernes stigmatiserende holdninger mod pædofile med mod mennesker med antisociale tendenser. Respondenterne vurderede pædofile til at være mindre farlig end mennesker med antisociale tendenser, men farligheden i forhold til børn var signifikant større ved pædofile.

Der var 5% af respondenterne, som svarede at de ville være venner med en person med pædofile tanker (sammenlignet med at det var 48% af deltagerne, som ville være venner med en sadist, og 8% ville være venner med en person med antisociale tendenser.

De stigmatiserende holdninger skyldtes stereotype forestillinger om mennesker med pædofile tanker, f.eks. at de kunne kontrollere deres adfærd, og at de var farlig for børn. Studiet viste, at graden af deltageres social distancering og negative følelsesmæssige reaktioner mod pædofile var afhængig af socioøkonomiske (f.eks. uddannelsesniveau) og personlige faktorer (f.eks. alder). De yngre respondenter havde et mere stigmatiserende syn. Respondenternes forældrestatus spillede også en rolle: respondenterne var mere stigmatiserende i forhold til pædofili, hvis de havde børn under 14 år.

3. Jahnke S. et al., 2015 [59]

Studiet er en spørgeskemaundersøgelse, som blev designet til at undersøge konsekvenserne af social stigmatisering blandt mennesker med seksuelle tanker om børn. 24% af respondenterne havde anamnese om tidligere seksualkriminalitet.

Studiet fandt, at respondenterne rapporterede udtalt internaliseret social distancering. Dette forklaredes ved at deltagerne fejlestimerede graden af den eksterne social distancering. Jo mere respondenterne oplevede frygt for at andre afslører dem i forhold til deres seksuelle tanker om børn, jo flere emotionelle og sociale vanskeligheder havde de rapporteret. Der blev fundet en grænsesignifikant korrelation ($p=.06$) mellem den internaliserede (dvs. oplevede) social distancering og tidligere seksualkriminalitet. Der ses også en grænsesignifikant sammenhæng mellem den internaliserede social distancering og deltageres behandlingsmotivation ($p=.07$).

4. Imhoff R., 2015 [54]

Studiet er en spørgeskemaundersøgelse, som blev designet til at belyse hvorvidt ”*labeling*” (henvises også til Link et al., 1989 [67]) påvirkede respondenternes straffende og stigmatiserende holdninger. ”Labeling” henviser til en selvstændig effekt af en tilstands betegnelse. Der blev anvendt et skema, som blev særligt udviklet til dette formål (det såkaldte ”Stigma and Punitive Attitudes Scale”). Dette består af 30 items, og struktureret som 7-punkts Likert-skala. Denne ene halvdel af deltagerne fik et spørgeskema med udsagn, som indeholdt ordet ”pædofil”, mens den anden halvdel

af deltagerne fik det samme spørgeskema, men ordet ”pædofil” blev udskiftet med ”et menneske med seksuel interesse for børn”.

”Stigma Scale” er delt op i 3 subskalaer, med items som kan vise respondenternes vurdering hhv. af intentionaliteten, farligheden og afvigelsen af tilstanden.

Efter regressionsanalyse så man en positiv korrelation mellem de straffende holdninger og de tre subskalaer af ”Stigma Scale” (med korrelationskoefficient $R^2=.43$, $p<.001$). De 3 subskalaer fungerede som simultane prædiktorer af de straffende holdninger (som er beskrevet ved hjælp af den ”Punitive Attitudes Scale”), dog farlighed-subskalaen havde den største effekt i korrelationen.

Intentionalitet-subskalaen var afhængig af ”labeling”-effekten: respondenterne tilskrev mindre intentionalitet (dvs. mindre kontrol) til tilstanden ved spørgeskemaet med ordet ”pædofil”, som havde nedsat de straffende holdninger (med korrelationskoefficient $R^2=-.22$, $p<.05$). Studiet konkluderede, at der sås en selvstændig effekt af ”labeling” med ordet ”pædofil”, som skyldes den udtalte social stigmatisering tilstanden er forbundet med.

5. Jahnke S., Imhoff R., 2016 [68]

Studiet er blevet designet efter de samme principper som Imhoffs undersøgelse [54]. Der blev dog tilføjet et udsagn i en del af spørgeskemaerne, som påstod at der var evidens for at pædofil seksuel tiltrækning ”kan ændres og kontrolleres”. Studiet slog fast, der kunne ses en ”labeling”-effekt. De respondenterne som fik spørgeskemaet, der indeholdt ordet ”pædofil”, vurderede tilstanden som farligere.

6. Jahnke S., 2018 [1]

Studiet er en litteraturgennemgang vedrørende stigmatisering af mennesker med seksuelle tanker om børn. Studiet kom med flere råd for at reducere stigmatiseringen af mennesker med pædofile tanker blandt fagpersoner. Studiet anbefalede at fagpersoner undervises om behandling af parafilier, mhp. at forebygge at der sættes lighedstegn mellem pædofile og seksuelle krænkerer. Fagpersoner skulle også blive mere opmærksom på deres egne stigmatiserende holdninger i terapien. Studiet understregede vigtigheden af at adressere den stigma-relaterede stress i behandlingsforløbet,

da dette kunne øge risikoen for seksualkriminalitet. Det anbefales at vælge en terapiform, som var fokuseret på selvaccept.

7. Grady M. D., Levenson J. S., 2019 [9]

Studiet er et kvalitativt studie, som havde til formål at belyse hvordan mennesker med pædofile drifter oplevede social stigmatisering og hvordan det påvirkede dem i forhold til behandlingsmotivation. Informanterne var mennesker med seksuelle tanker om børn.

Der blev udpeget følgende temaer: stigma (i form af mindreværdighedsfølelse); normalitet (i form af opfattelsen af at seksuel interesse for børn er normalt, hvorfor den pågældende ikke skulle opsøge hjælp); skam; frygt for at blive meldt til politiet; oplevelse af stigmatiserende holdninger fra fagpersoner og mangel på kvalificeret hjælp. Studiet konkluderede at oplevelsen af social stigmatisering kunne nedsætte behandlingsmotivationen.

8. Stelzmann D., Jahnke S., Kuhle L. F., 2020 [69]

Studiet er et kvalitativt studie, som havde til formål at belyse hvilke effekter mediadækningen har i forhold til stigmatisering af pædofili. Informanterne var fagpersoner (psykiatere og psykoterapeuter) som var ansat i det tyske behandlingstilbud for mennesker med pædofile drifter "Don't offend" (også kendt som "Prevention Project Dunkelfeld").

Der blev identificeret følgende temaer:

Informanterne beskrev mediadækningen af pædofili som unuanceret, følelseladet og sensationssøgende. Det var sjældent at journalisterne tog udgangspunkt i faglige begreber, hvilket resulterede i at mange blev stemplet som pædofile uden at de opfyldte de diagnostiske kriterier i en klinisk sammenhæng. Der skete ofte en sammenblanding af pædofili og seksuelle krænker, som kunne være medvirkende til at forværre stigmatiseringen. Den negative mediedækning kunne påvirke negativt selvbilledet af mennesker med pædofile drifter, og det kunne potentielt føre til udvikling af selvmordstanker. Informanterne beskrev en forskel i mediedækningen af pædofili mellem tabloidaviser og de traditionelle dagblade, hvor dagbladene havde en mere nuanceret journalistik. Der

blev også beskrevet, at en af de vigtigste opgaver af journalisterne var at udbrede viden om de forskellige behandlingstilbud.

9. Lawrence AL., Willis GM., 2021 [70]

Studiet er en litteraturgennemgang, som fungerer som en opdatering og udvidelse af Jahnke og Hoyers litteraturgennemgang fra 2013 [10]. En stor del af de ovenstående studier var også inkluderet i gennemgangen.

Der blev inkluderet 35 studier i litteraturgennemgangen. De følgende temaer blev identificeret:

17 studier undersøgte hvilke stereotyper, fordomme og affektive reaktioner var forbundet med pædofili. 14 studier undersøgte effekten af social stigmatisering. De viste, at social stigmatisering kunne føre til internaliserede forestillinger (dvs. at de stigmatiserede personer identificerede sig med den stereotyp opfattelse af dem), negativt selvbillede og psykisk ubehag. Dette viste sig i form af skyldfølelse, ensomhed, social isolation og udvikling af psykiske sygdomme (f.eks. depression, angst).

10 studier undersøgte hvilke interventioner kunne reducere social stigmatisering af pædofili. Studierne pegede på at undervisning i form af oplysningsmateriale kunne være effektivt til at reducere de negative følelsesmæssige reaktioner (f.eks. vrede) i forhold til pædofili, dog et par studier viste tvivlsom effekt af disse. Der sås, at faktuelle, objektive beskrivelser af pædofili resulterede i en forståelse af at der ikke fandtes behandling for pædofili, hvilket øgede den social stigmatisering. Studierne anbefalede oplysningskampagner, som ville øge synligheden af pædofili i offentligheden. En anden intervention som blev undersøgt, var narrativ tilgang, hvor deltagerne blev præsenteret til en fortælling (skrevet i førstepersonsperspektiv) om livet med seksuelle tanker om børn. Der konkluderes effekt af den narrative tilgang, som førte til øget empati og forståelse for mennesker med pædofile drifter. Der blev foreslået en kombination af undervisning og narrativ tilgang.

10. Heron R.L., Schwiekert L., Karsten J., 2021 [71]

Studiet er en spørgeskemaundersøgelse. Der blev brugt skemaet ”Stigma and Punitive Attitudes Scale”, som blev udviklet af Imhoff [54]. Deltagerne var psykologistuderende, som skulle udfylde

skemaet med udsagn om pædofile før og efter interventionen. Interventionen var bestående af en 45 minutter langt foredrag om pædofili med teoretisk viden. Dette blev efterfulgt af en fortælling, som blev holdt af en person med pædofile drifter. Den pågældende fortalte om sine erfaringer i forhold til at være pædofil.

Undersøgelsen viste at deltagernes stigmatiserende syn mod pædofile blev signifikant reduceret af interventionen i alle 4 subskalaer (dvs. intentionaliteten, farligheden, afvigelsen og straffende holdninger). Således konkluderedes signifikant effekt af den anvendte anti-stigma intervention (som var en kombination af undervisning og narrativ tilgang). Studiet var den første studie, hvor der blev anvendt direkte kontakt med en person med pædofile drifter, som en del af en intervention. Studiet peger på, at der ikke er tilgængelig viden om hvorvidt en direkte kontakt er mere effektivt end en indirekte kontakt som en del af den narrativ tilgang.

11. Lehmann R. J. B., Schmidt A. F., Jahnke S., 2021 [72]

Studiet er bestående af to forskellige spørgeskemaundersøgelser. Den første undersøgelse var en gentagelse af Jahnkes studie fra 2015 [8]. Studiet bekræftede de tidligere resultater, dvs.

Den anden undersøgelse anvendte det samme spørgeskema som den første, men udsagnene blev ændret, således at deltagerne skulle besvare hhv. udsagn om pædofili, nekrofilie og zoofili. Det fandtes at udsagnene om pædofile førte til signifikant mere stigmatiserende holdninger fra deltagerne, sammenlignet med zoofili på alle subskalaer. Det fandtes også at udsagnene om pædofile førte til signifikant mere stigmatiserende holdninger fra deltagerne, sammenlignet med nekrofilie, bortset fra at der ikke var forskel mellem de to grupper i forhold til medlidenhed-subskalaen.

3. Problemformulering

Formålet med denne masterafhandling er at søge at afdække, hvorvidt mennesker med pædofile tanker har oplevet social stigmatisering, og hvordan de i givet fald oplever, at det har påvirket dem.

Forskningsspørgsmålet lyder på:

A, I hvilket omfang har mennesker med pædofile tanker oplevet social stigmatisering?

B, På hvilke måder har mennesker med pædofile tanker oplevet social stigmatisering?

C, Hvordan oplever mennesker med pædofile tanker, at social stigmatisering har påvirket dem i forhold til selvbillede, social netværksdannelse og behandlingsmotivation?

4. Metodeafsnit

Nedenstående gives der en beskrivelse af undersøgelsens videnskabsteoretiske afsæt. Der gennemgås overvejelser om udarbejdelsen af interviewguiden samt rekruttering af informanter, den valgte analysemetode og den systematiske litteratursøgning. Endeligt beskrives de etiske overvejelser i forbindelse med studiet.

4.1. Materiale og videnskabsteoretiske rammer

For at besvare de ovenstående forskningsspørgsmål, er der udført en kvalitativ undersøgelse.

Empirien er indsamlet gennem semistrukturerede interviews, da det skønnes, at dette giver de bedste betingelser for at belyse forskningsspørgsmålene [73,74]. Det blev på forhånd vurderet, at der kunne opnås datamætning ved at udføre 2-3 interviews [74]. I sidste ende blev der udført interviews med 2 informanter med pædofile tanker.

Det videnskabsteoretiske afsæt for den kvalitative undersøgelse er fænomenologisk-hermeneutisk, da dette videnskabsteoretiske ståsted er bedst egnet til at give en dybere indsigt og forståelse for de enkeltes subjektive oplevelser.

Fænomenologi er en retning inden for filosofien, som blev etableret af den tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938) [75]. Fænomenologiens formål er at beskrive fænomener, som de fremstår og opleves af det enkelte individ. Fænomener kan defineres som oplevelser eller erindringer som forefindes i vores bevidsthed. Den fænomenologiske tilgang sigter efter at se bort fra forskerens tidligere erfaring og tolkning af fænomenet (forforståelse). Fænomenologiens interesse er at beskrive

fænomenet, som det erfares af individerne. Individernes subjektive mening danner en fælles forståelse for fænomenet. Resultatet af processen er en beskrivelse af fænomenets kerne [76].

Hermeneutikken blev etableret af den tyske filosof Martin Heidegger (1889-1976) og kan forstås som en videreførelse af fænomenologiens retning. Hermeneutikken interesserer sig for betydningen af fænomenet i individers ”væren-i-verden” [76]. Hermeneutikkens formål er at få en ny forståelse for fænomenet gennem fortolkning.

Det er vigtigt i interviewteknikken, at interviewereren udforsker interviewpersonernes livsverden uden at inddrage interviewerens egen forståelse eller hypoteser. Den semistrukturerede interviewform med åbne spørgsmål hjælper interviewereren til at få uddybet interviewpersoners fortælling.

4.2. Udarbejdelse af interviewguide

Interviewguiden blev udarbejdet med afsæt i anbefalinger fra Kvale (1997) [73] (se Bilag 1). Den er tematisk baseret på resultaterne af den systematiske litteratursøgning, som blev foretaget i forbindelse med udarbejdelsen af afhandlingens baggrundsafsnit. Der er tillige anvendt en tematisk opdeling i interviewguiden inspireret af Sundhedsstyrelsens rapport ”Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder” fra 2019 [77].

Spørgsmålene i interviewguiden blev udformet som åbne spørgsmål, hvilket giver mulighed for at stille uddybende spørgsmål ved behov efter interviewerens vurdering.

Interviewguiden følger en struktur, hvor der bliver stillet mere reflekterende spørgsmål i takt med, at samtalen folder sig ud. Interviewguiden er blevet brugt som et støtteredskab i forhold til at interviewereren kunne styre interviewet og således kunne indsamle den empiri som er nødvendig for at besvare forskningsspørgsmålene. Afhængig af samtalekonteksten blev der undladt nogle spørgsmål og andre blev stillet ikke i den rækkefølge som er angivet i interviewguiden.

4.3. Rekruttering og samtykke

Informanterne til denne undersøgelse blev rekrutteret gennem forfatterens arbejde. Forfatteren arbejder som psykiater og har ansvaret for behandling af patienter med pædofile drifter.

Informanterne blev rekrutteret igennem deres behandlingsforløb, hvor de først blev mundtligt informeret om undersøgelsens formål og interviewets forventet struktur og indhold. Rekrutteringen blev vanskeliggjort af at undersøgelsen handler om en tabuiseret tema. Der var flere interesserede ved starten af rekrutteringsprocessen, men de skiftede mening senere i forløbet.

De, som endelig gav tilsagn om deltagelse, blev kontaktet af forfatteren telefonisk, hvor de blev forklaret af undersøgelsen og de har fået mulighed for at stille spørgsmål i forhold til undersøgelsens forløb.

Ved starten af interviewet blev en skriftlig deltagerinformation gennemgået med informanterne (Bilag 2). De gav endeligt tilsagn om deltagelse ved at underskrive en samtykkeerklæring.

Det blev pointeret for informanterne, at deltagelsen i undersøgelsen er frivilligt. De blev gjort opmærksom på at interviewet optages og transskriberes delvist i anonymiseret form i forbindelse med udarbejdelsen af denne masterafhandling. Informanterne blev forsikret om, at databehandling og -opbevaring foregår i overensstemmelse med gældende danske regler om databeskyttelse. Informanterne blev oplyst om, at det er muligt at trække samtykket tilbage og udgå af undersøgelsen, uden det vil føre til konsekvenser i forhold til informanternes nuværende eller fremtidige behandlingsforløb. Endeligt blev de tilbudt muligheden om at få tilsendt lydfileerne af interviewoptagelsen eller den delvise transskribering.

Følgende inklusionskriterier blev valgt for at sikre at forskningsspørgsmålet kan besvares:

1. Informanten skal kunne tale og forstå dansk på et niveau, hvor de forstår spørgsmålene ved interviewet, samt de kan uddybe dem.
2. Informanten skal være over 18 år.
3. Informanten skal føle sig seksuelt tiltrukket af børn og unge under 15 år.

4.4. Udførelse af interviewet

Informanterne blev tilbudt med muligheden om at gennemføre interviewet enten fysisk i Lokalpsykiatri Odense eller virtuelt.

Begge informanter har valgt at møde op fysisk til interviewet. Interviewene blev udført på forfatterens kontor i Lokalpsykiatri Odense. Interviewoptagelsen blev gennemført uforstyrret. Begge

informanter fik mulighed for at holde en pause undervejs, men kun en af dem, som har benyttet muligheden.

Det første interview varede ca. 1 time, mens det andet interview blev ca. 2 time langt. Spørgsmålene i interviewguidet var forståelige og interviewguiden fungerede godt under interviewet som et støtteredskab. Det var nogle enkelte spørgsmål, som skulle omformuleres og uddybes under interviewene. Interviewguiden blev ikke ændret mellem de to interviews.

4.5. Analysemetode

Lydfilerne af interviewene blev flere gange gennemlyttet af forfatteren. Derefter blev interviewene transskriberet.

Til analyse af de transskriberede interview blev der anvendt meningskondensering. Dette foregår ved at undersøgeren gentagne gange gennemlæser den transskriberede interview for at kunne forstå helheden. Derefter identificeres meningsenheder i teksten. Til sidst opdeles meningsenhederne i temaer, og undersøgeren sammenfatter det centrale indhold af disse meningsenheder. De mest meningsgivende citater gengives i analysen [76].

4.6. Ethiske overvejelser

Som det er blevet gennemgået i afhandlingens baggrundsafsnit, kan seksuel tiltrækning mod børn være forbundet med social stigmatisering. Informanterne vil fortælle om deres seksualitet og intimitet under interviewet, hvilket kan være følelsesmæssig belastende for den enkelte. Der er samtidigt tale om et svært tabuiseret emne i samfundet.

Derfor er det vigtigt, at interviewerens skaber et fortroligt og tillidsfuldt rum i samtalsituationen, hvor den interviewede åbent og frit kan fortælle om sine oplevelser. Intervieweren skal fremstå empatisk og forstående for de vanskeligheder informanten giver udtryk for. Intervieweren skal udvise en oprigtig interesse i den interviewedes personlige fortælling. Intervieweren skal være bevidst i samtalsituationen om magtrelationen (da forfatteren er ansvarlig

for informanternes behandling) og sine egne holdninger til emnet. Intervieweren skal fremstå neutralt, reflekteret og undersøgende. Informantens autonomi skal respekteres, og informanten til hver tid kan afvise at svare på et spørgsmål.

Begge informanter i denne undersøgelse er i et sexologisk behandlingsforløb pga. deres seksuelle tiltrækning mod børn. Derfor er det også vigtigt at orientere informanterne om, at de kan udgå af undersøgelsen og trække deres samtykke tilbage uden at det vil påvirke deres behandlingsforløb. De er også informeret om, at det heller ikke påvirker deres behandlingsforløb, at de er med i studiet.

Da forfatteren er ansat i et offentligt hverv, er han underlagt Servicelovens bestemmelser om skærpet underretningspligt (se Serviceloven §153). Informanterne blev gjort bevidst om dette.

4.7. Litteratursøgning

Der er udført en systematisk litteratursøgning i forbindelse med udarbejdelse af masterafhandlingens baggrundsafsnit. Litteratursøgningen er en gentagelse af den søgning, som forfatteren udførte i forbindelse med forfatterens opgave på modul 5 på Masteruddannelsen i Sexologi på Aalborg Universitet i maj 2020 [62]. Litteratursøgningen blev udført i 2 omgange, den sidste søgning blev foretaget d. 24.4.21.

Da forfatteren ønskede at besvare forskningsspørgsmålet ud fra en bio-psyko-social forståelsesramme, blev der valgt at anvende søgning i de relevante databaser, herunder Pubmed, Embase, PsychInfo og Scopus.

Pubmed og Embase dækker tidsskrifter inden for medicin. PsychInfo dækker primært tidsskrifter, bøger og afhandlinger inden for psykologien, men indekserer også emner i sociologi og antropologi. Scopus er en citations-database, som dækker tidsskrifter primært fra medicin og biologi. Simultan søgning i de 4 databaser øger genfindingen af relevante hits.

Der er anvendt følgende fokusområder og søgetermer ved søgningen (Tabel 2):

| Fokus 1 Population | Fokus 2 Fænomen |
|--|--|
| Søgetermer: pedophilia [emneord] pedophilia pedophile pedophilic disorder minor attracted person | Søgetermer: social stigma [emneord] stigma shame |

Tabel 2. Anvendte fokusområder og søgetermer. Kilde: Barkanyi Z. Pædofile og stigmata – en litteraturgennemgang. Modul 5 opgave i Master uddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet, 2020.

Der er anvendt den følgende forespørgsel:

(pedophilia [kontrolleret emneord] OR pedophilia OR pedophile OR pedophilic disorder OR minor attracted person) AND (social stigma [kontrolleret emneord] OR stigma OR shame).

Som det fremgår af ovenstående, er der valgt at kombinere kontrollerede emneord og synonymmer med boolske operatører (OR og AND). Søgningen blev udformet efter flere forsøg på at optimere denne. Anvendelse af trunkering har ikke resulteret i flere relevante hits.

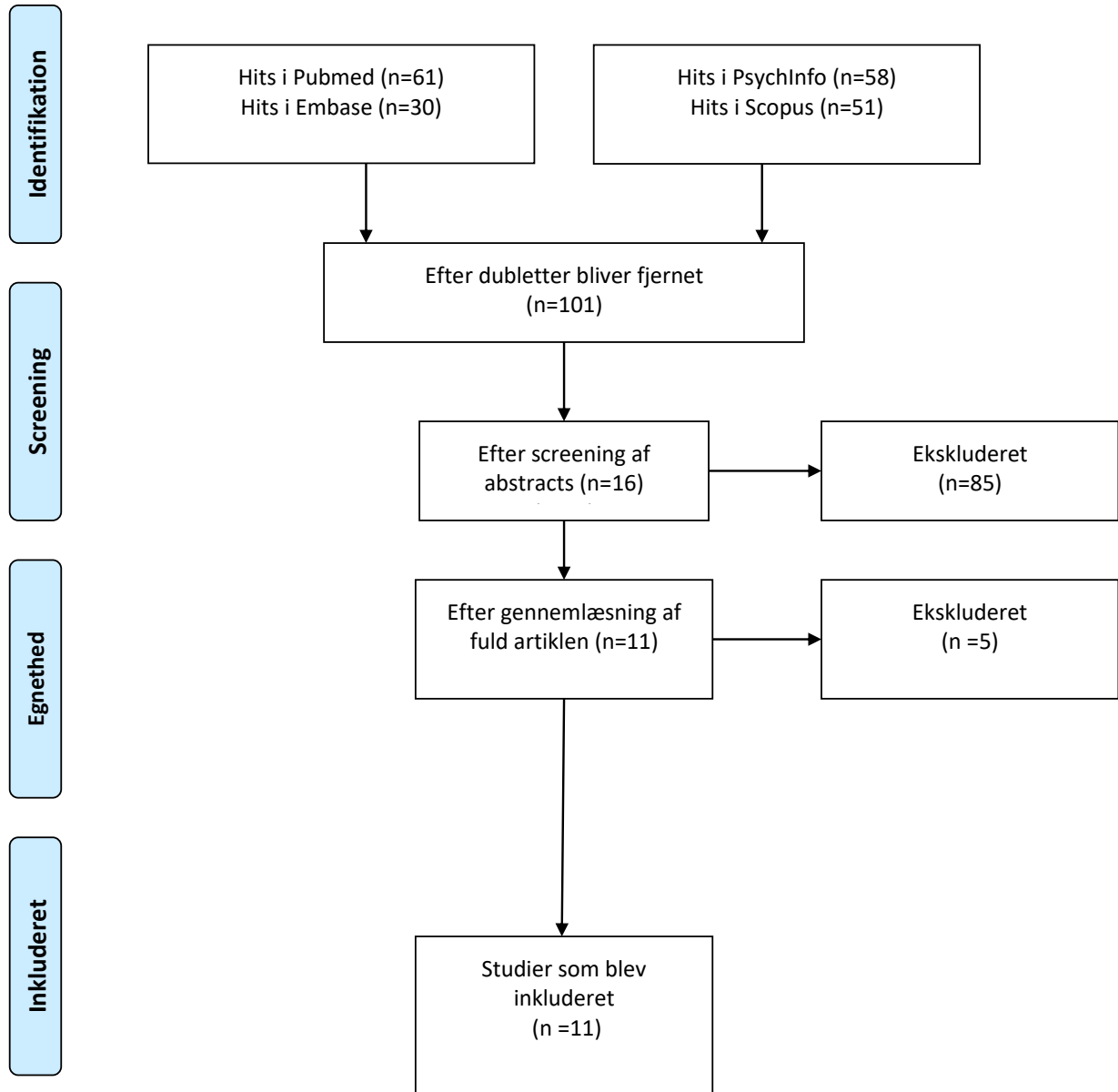
Søgningen blev afgrænset til resultater på nordisk sprog og engelsk. Der blev valgt at ekskludere resultater, som er udgivet før 2000. Dette var med henblik på at forebygge at resultaterne bærer præg af forældet sociokulturelle forhold og obsolete psykopatologiske modeller i forhold til pædofili. Der kunne ikke opnås adgang til afhandlinger og bogkapitler, hvorfor disse også er ekskluderet.

Der er fundet 101 hits efter dubletterne blev fjernet. Ved den første sortering blev resultaternes titler gennemgået og dem, som ikke relaterede sig til emnet, blev ekskluderet. Derefter blev abstracts gennemgået og dem, som ikke blev vurderet til at besvare søgningen, blev ekskluderet. Endeligt er der om fuld adgang til 16 artikler. Her blev yderligere 5 ekskluderet. Baggrundsafsnittets gennemgang af litteratur i forhold til social stigmatisering af pædofili blev baseret på 11 artikler.

Den følgende rutediagram beskriver udvælgelsesprocessen (Figur 2).



PRISMA 2009 Flow Diagram



Figur 2. Flowchart over udvælgelsesprocessen. Figuren er hentet fra: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097.

5. Resultater

Informant nr. 1 kaldes Anders og er 30 år gammel. Han er aktuelt arbejdssøgende, men han har tidligere arbejdet som pædagog. Han er single.

Informant nr. 2 kaldes Brian og er midt i 40'erne. Han er i et jobafklaringsforløb, hvor han aktuelt arbejder i en praktik i nedsat tid. Han er single.

Begge følges i et behandlingsforløb i psykiatrien.

Som resultatet af meningskondensering, er der fundet frem til følgende temaer:

- Seksualitet
 - Opfattelse af egen seksualitet
 - Oplevelse af seksuel trivsel og søgen efter intimitet
 - Den uforklarlige seksualitet

- Stigmatisering
 - Oplevelse af andres stigmatiserende reaktioner og konsekvenser af det
 - Egne moralske overvejelser, skyld og skam
 - Psykiske konsekvenser af stigmatisering

- Behandling
 - Det umulige første skridt
 - Ideer til at gøre behandlingen mere tilgængelig

1. Opfattelse af egen seksualitet

Anders beskriver en dobbelthed i forhold til hans egen seksualitet, hvor hans seksuelle interesse er afhængig af hans adfærd.

”Jeg er jo til piger... kvinder altså også... Har også haft sex med kvinder på min egen alder. Det er egentlig ikke noget som jeg ikke kunne.... jeg har også med kvinder på min egen alder at gøre. Det er lidt forskelligt, det er dobbelt hvad det angår. Kan nærmest være afhængig af hvor meget porno jeg ser.”

Brian beskriver, at han ikke føler, at seksualiteten har en funktion for ham.

”Jeg har jo til forskel for nogen af de andre, som kommer her, kun en seksualitet... Jeg er kun tiltrukket af børn og unge op til 14 år... Man snakker om seksuel identitet, men det fungerer bare ikke rigtig for mig at have det som min identitet. Min seksualitet har ikke nogen funktion. Den har ikke noget formål. Den kan ikke bruges til noget...”

Brian føler, at han mangler den motiverende energi seksualiteten kunne give.

”At lade sig motivere. For mange mennesker er der jo en eller anden form for drive i seksualitet. Det har jeg forholdt mig helt konkret til at det drive som ligger i min seksualitet. Det skal ikke dyrkes. Den har ikke nogen funktion. Det ville skabe problemer for andre. Det ville skabe problemer for mig. Det er et komplet tidsspilde. Måske jeg synes jeg er lidt spild af plads på den her planet i virkeligheden.”

Brian beskriver, at den seksuelle identitet kunne også give en fællesskabsfølelse med andre.

”Jeg har altid været alene. Jeg har aldrig haft en kæreste. Jeg har aldrig haft noget parforhold som kunne dyrkes i denne sammenhæng med andre par. Jeg følte mig mere og mere som en tilskuer.”

2. Oplevelse af seksuel trivsel og søgen efter intimitet

Anders beskriver, at han savner seksualiteten i sit liv.

”Det er ikke nemt at finde det... Det er langt tid siden jeg har haft sex. Hvor lang tid siden kan jeg snart ikke huske. 4-5 år siden... Måske det er noget med min højde eller alder at gøre. Eller den måde jeg er på. Det ved jeg ikke. Jeg synes det er svært på datingmarkedet. Savner det lidt.”

Anders begyndte at gå til massage for at kunne få opfyldt sit behov for intimitet. Det giver dog en ubehagelig følelse, at han skal betale for at få tilfredsstillet sit behov.

”Jeg er begyndt at gå til massage. Sådant thai massage mod betaling. Det handler ikke så meget om sexen i det. Det gider jeg sådan set ikke... Men der er noget happy-ending. Jeg ved ikke om det hjælper. Efterfølgende synes jeg så ikke at det var så fedt. Betale andre på den måde. Men jeg vender altid tilbage til det igen.”

Brian beskriver også et savn efter intimitet. Han føler, at det nærmest er blevet umuligt for ham at være intim.

” Min seksuelle trivsel? Er den eksisterende? (...) Jeg er jo så udhungret, så det lige før jeg besvimer, hvis der er én, der rører ved mig. Jeg har også en opfattelse af, at det er så intimt både sex, men også kærlighed og ømhed... Så intimt, at jeg ikke engang kan tage mig sammen til at gå til en massør. Helt fysisk har jeg ikke haft nogen som helst berøring i mange år. Jeg masturberer 3 gange om ugen. Men intimiteten mangler jeg.”

3. Den uforklarlige seksualitet

Anders beskriver, at han ikke føler, at han kan forklare sin seksualitet til andre, da det er så tabubelagt. Han fortæller dog også om, hvordan han følte sig støttet af sin familie efter de har fået at vide om Anders' seksuelle drifter.

”Men jeg synes godt nok, at det er svært at snakke om det. Det er et meget tabubelagt emne jo. Jeg vil nok også være bange for at folk siger det videre...”

” (...) og jeg kontaktede min søster. Turde ikke rigtig tale med mine forældre til at starte med. Jeg sagde det så til min søster. Hun var meget chokeret selvfølgelig. Hun kontaktede mor og far. Jeg var klar på, de nok ikke ville se mig mere. Men de var meget støttende. Meget hurtig til at få mig til at komme ind her for at få hjælp... Jeg troede ellers at det var slut.”

Brian beskriver, hvorfor han ikke kan forklare andre om sin seksualitet.

”Der er ikke nogen, der har ret meget indsigt i, hvad det rent faktisk går ud på. Det er jo også bundet sammen med, at man har en masse forfærdelige billeder i hovedet af hvad det her er... Forfærdelige billeder og historier. Det er det, man ved om det her. Der er ikke meget differentiering. Selv ved en terrorist ville der være en forståelse for, at man er drevet af en ideologi... Men i pædofili er der ikke ret meget andet end sort og hvidt... Det er først når man bliver nødt til at forholde sig til det her, at det bliver en øjenåbner.”

”Jeg vil på forhånd ikke gå ind i at forsøge at forklare, hvad jeg er blevet tiltrukket af. Man vil ikke kunne forstå det... Man kan lige så godt forklare folk, at man var tiltrukket af en træstamme.”

4. Oplevelse af andres stigmatiserende reaktioner og konsekvenser af det

Anders fortæller, at hans venner og familie kan snakke negativt om mennesker med pædofile drifter.

”(...) også mine venner og familie. Hvis det var et program i fjernsynet, f.eks. om børnelokker. Så sagde de at han bare skulle have nogle tæsk, ud i luften. Eller at han skal bare ned med nakken... Jeg kan godt forstå, de har sagt sådan noget, men jeg har bare følt, at det gik til mig.”

Anders beskriver, hvordan han bevidst er opmærksom på sin adfærd for at forebygge negative reaktioner fra andre.

”Men det ændrer lidt på hvordan jeg snakker om børn, uden der er noget i det. Hvis jeg ser en sød pige i fjernsynet, og jeg vil sige ”hun er så sød”, så er jeg bange for at de tænker at der er noget seksuelt i det.”

”Jeg skal hele tiden gå på listefødder, hele tiden kigge mig over skulderen, om der er nogen, der opdager mig. Om sommeren var det værre. Oppe ved stranden. Hvor pigerne ikke havde så meget tøj på. Men jeg er opmærksom på det. Jeg kigger bare væk i stedet for at vende mig efter dem... Men igen, det er svært.”

Brian oplever, at andres negative udtalelser fører til, at han ikke tør fortælle nogen om sin seksualitet.

”Når man hører, de nærmeste kammerater eller nærmeste familie at sige, at de her mennesker, de skal smides ud uden faldskærm. Så tør man ikke sige noget, så tør man ikke at have den del med. Og man bliver angst for nogen skal finde ud af det, ikke?”

Brian beskriver, hvordan han forsøger at skabe en fortælling om sig selv, som kan accepteres af andre.

”Man skal hele tiden fortælle en løgn. Og man skal opretholde det. Ellers spørger de: ”Hvorfor har du ikke en kæreste?” Så begynder det at blive ubehageligt, og der kommer mere og mere pres på en. Så i en periode begyndte jeg at svare, at jeg er homoseksuel, fordi det var trods alt de færreste, som mente de havde en løsning på. Det gjorde bare, at jeg fik en lillesmule frigjort mig selv.”

5. Egne moralske overvejelser

Anders beskriver, hvordan han bliver helt i tvivl om sig selv. Han føler skam i forhold til hans seksuelle drifter.

” (...) Man er som en dobbeltperson. Arbejder med børn som pædagog. Og der var ikke noget seksuelt i det, overhovedet. Men derhjemme, der må jeg lige søge på børneporno... Er jeg et monster? Eller et godt menneske? Jeg er meget forvirret over mig selv.”

”Jeg skammer mig over bare... Også det, at jeg har været på min arbejdsplads. Jeg har været et forbillede for de der børn. Og så har jeg haft denne seksuelle drift ved siden af. Det skal man ikke. De så op til mig som en god person, men så følte jeg, at det var jeg faktisk ikke ved siden af.”

Brian føler ikke længere, at han er i tvivl om sig selv. Men han føler sig slidt af de udfordringer, som han oplevede.

” Jeg er ikke i tvivl om, hvorvidt jeg er et godt eller dårligt menneske. Men jeg er blevet slidt. Har svært ved at finde nogen motivation eller noget, jeg har lyst til... Men det har været hårdt. Der er også kommet mange udfordringer løbende.”

6. Psykiske konsekvenser af stigmatisering

Anders fortæller om sin angst, som han fik efter, at politiet ransagede hans lejlighed.

” Jeg kan få det dårligt, hvis de ringer på min dørklokke. Den lyd kan jeg ikke holde ud. Det minder mig om, da politiet ringede på. Alt det, jeg var igennem. Ubehaget ved det. Jeg

får rystetur hver gang. Jeg slukker for den, hvis der ikke skal komme nogen. Jeg kan ikke holde det ud.”

Brian beskriver, at han i en lang periode har oplevet regelmæssige selvmordstanker. Han binder selvmordstankerne sammen med følelsen af et manglende perspektiv i sit liv. Han fortæller også om, at han har været i antidepressiv behandling, da han tidligere var diagnosticeret med en depression.

” (...) fra mine teenageår indtil for et par år siden. Det var nærmest som et fast vilkår... Jeg har haft den her skræmmende fornemmelse af, at jeg nu har besluttet mig for at dø. Igen, hvis man ikke føler at bidrage med noget...”

” Ja, pga. det manglende perspektiv, der er i det, ikke? Hvis jeg ikke er her for nogens skyld, og jeg har meget svært ved at være her for min egen skyld, hvad så?”

” Jeg fik på et tidspunkt medicin, fordi jeg var meget ramt af depression... Jeg var bange for at det kommer tilbage da jeg stoppede med det, men det gjorde det ikke.”

7. Det umulige første skridt

Anders fortæller om, at det har været svært for ham at skulle opsøge hjælp. Han har også frygtet, at sundhedspersoner underretter politiet.

” Jeg prøvede at få hjælp førhen. Læste om Bryd cirklen, men var stadig bange for at ringe derind. Det er et meget tungt emne. Jeg ved godt, det er det, de arbejder med, men det var svært at komme udenom, at jeg følte mig flov over det.”

” Har prøvet at søge hjælp, men var bange for at ringe ind. Hvad nu hvis de siger det til politiet..”

Brian beskriver, at det føltes umuligt at tage det første skridt for at få hjælp.

” Men det er så absurd svært at tage det første skridt, hvis det er det, man vokser op med og bøvler med det alene. Og så når dertil, hvor man kontakter f.eks. sexologisk klinik, ikke. Det er en meget, meget voldsom ting at gøre, fordi det er på en eller måde er at gå imod sin naturlige instinkt og holde det væk.”

8. Ideer til at gøre behandlingen mere tilgængelig

Anders beskriver hans tanker og ideer i forhold til at kunne gøre behandlingen mere tilgængelig.

” Det må gerne være noget mere synligt som sådan, hvor man kan få hjælp henne. Bare på med reklamer alle steder, også i fjernsynet. Det skal ikke være gemt væk. Det kommer kun på google, hvis du søger på det. Jeg synes, det er svært at finde ud af, hvordan man kan få hjælp, hvor man skal kigge henne hvis man ikke kender de her hjemmesider.”

Brian har næsten identiske ideer.

” Det ville have været rart, hvis jeg kunne læse om, hvor jeg kunne få hjælp inden jeg kontaktede min læge. En eller anden form for synlighed. Det virker skjult. Det er ikke supertydeligt, hvad man skal gøre, når man står i denne situation. Hvis det skal være noget, der fungerer, så skulle man kunne finde det på eget hånd.

Ligesom at der er en dedikeret vej, sidestillet med andre problemer.”

6. Diskussion

Nedenstående diskuteres resultaterne, som forfatteren er nået frem til efter bearbejdning af empirien. Analysen blev udført ved hjælp af meningskondensering, og har resulteret i følgende temaer:

- Seksualitet
 - Opfattelse af egen seksualitet
 - Oplevelse af seksuel trivsel og søgen efter intimitet
 - Det uforklarlige seksualitet

- Stigmatisering
 - Oplevelse af andres stigmatiserende reaktioner og konsekvenser af det

- Egne moralske overvejelser
- Psykiske konsekvenser af stigmatisering

- Behandling
 - Det umulige første skridt
 - Ideer til at gøre behandlingen mere tilgængelig

Nedenstående bliver temaerne diskuteret hver for sig, hvor resultaterne bliver holdt op mod udvalgte litteratur på området.

Seksualitet

Begge informanter beskriver seksualiteten, som et svært emne at skulle forholde sig til. De anser seksualiteten som noget, der kan og skulle give energi og motivation til at håndtere de forskellige udfordringer i livet. De tænker, at seksualiteten fungerer som en resurse.

De oplever afsavn i forhold til deres seksualitet. Især én informant giver udtryk for fravær for nærvær og kropskontakt.

Begge informanter har en seksualitet med sig selv, men de mener fortsat, at de savner selve intimiteten med et andet menneske.

WHO definerer seksuel sundhed som en bio-psyko-social begreb, og beskriver at seksuel sundhed betyder en fysisk, mentalt, følelsesmæssigt og socialt velbefindende [78]. Informanternes opfattelse af seksualiteten er i god overensstemmelse med denne definition. De beskriver manglende resurser i disse områder på baggrund af deres seksuelle vanskeligheder.

Opfattelse af egen seksualitet

Informant nr. 1 beskriver sig selv med seksuelle tanker om børn, men han er også seksuelt interesseret i jævnaldrende, voksne kvinder. Således kan han diagnostisk vurderes med *ikke-eksklusiv* pædofili [12]. Informant nr. 2 angiver, at han kun er seksuelt interesseret i børn, hvorfor han bedst kan placeres diagnostisk som *eksklusiv* pædofil [12].

Der ses god overensstemmelse med litteraturen om parafiliernes psykopatologi. I afhandlingens baggrundsafsnit er der beskrevet flere psykoanalytiske begreber, såsom *egosyntoni* og *frihedsgraden* [27].

Begge informanter oplever lidelsespres ved deres seksuelle drifter, hvorfor begge informanter kan vurderes til at have en *egodyston* seksuel orientering, som øger behandlingsmotivationen [27].

Informant nr. 2 beskriver en seksualitet, som er præget af en lav frihedsgrad, da hans seksuelle tiltrækning er eksklusivt rettet mod børn. Han forklarer, at han føler sig nærmest identitetsløs vedrørende det seksuelle og det fører til en mangel på energi og motivation i hans liv. Informantens manglende motivation kan forklares ud fra de teoretiske rammer af begrebet *sense of coherence* (SOC), som blev beskrevet af den israelsk-amerikanske sociolog Aaron Antonovsky (1923-1994) [79]. Som det fremgår af hans forskning, kan personer med en høj SOC bedre modstå belastninger og håndtere stress. Modellen opererer med delkomponenter af SOC, såsom *meningsfuldhed*, *begribelighed* og *håndterbarhed*. *Meningsfuldheden* betyder, at individet opfatter verden, som er værd til at være følelsesmæssigt involveret i. Det skønnes at informantens opfattelse af den omgivende verden kan beskrives med en lav grad af meningsfuldhed. For ham giver det ikke mening at udleve hans seksualitet eller engagere sig i det. Antonovsky beskrev også, at et fungerende og tilfredsstillende seksuelt liv kan være en *salutogenetisk* (raskheds-) faktor. Informantens oplevelse af manglende motivation kan ses i lyset af Antonovskys salutogenetisk model, hvor fravær af et berigende seksuelt liv resulterer i færre resurser.

Oplevelse af seksuel trivsel og søgen efter intimitet

Begge informanter beskriver en lav seksuel trivsel. Begge informanter beskriver, at det var for flere år siden, de sidst havde seksuel samvær med nogen.

Informant nr. 1 prøver at tilfredsstille sit behov for intimiteten med at gå til thai massage, hvor han også får seksuelle ydelser inkluderet. Men han mærker til, at den betalte seksualitet ikke kan ligestilles med en seksualitet, hvor der er ligeværdigt samspil med et andet menneske.

Informant nr. 2 beskriver en fastlåst situation i forhold til sin seksualitet. Den manglende intimitet er nu så inkorporeret i hans personlighed, at han ikke kan involvere sig i kropslig nærhed længere.

Informanternes lave seksuel trivsel kan ses som en konsekvens af deres pædofile drifter.

Vidensråd for Forebyggelse udformede en definition af seksuel sundhed i 2012, hvor det fremgår, at en tilstand af seksuel sundhed er betinget af, at individets seksuelle drifter kan udledes enten "alene eller i et ligeværdigt samspil med andre" [80, citeret efter Vidensråd for Forebyggelses rapport om seksuel sundhed]. Dette ligeværdigt samspil kan umuligt realiseres når man har pædofile drifter (da børn ikke kan indgå i en ligeværdig seksuel relation).

Der er forskel mellem de to informanter i forhold til deres coping strategi (dvs. deres handlemønstre for at kunne formindske eller løse en psykisk konflikt). Informant nr. 2 trækker sig fra intimiteten og samværet med andre mennesker. Informant nr. 1 forsøger at løse problemet om manglende intimitet med at tage til massage. Folkman og Lazarus beskrev to overordnede grupper af coping strategier i deres teori [81]: *problemfokuseret coping* og *emotionel fokuseret coping*. I denne opdeling kan informant nr. 1, som tager til massage for at opnå intimitet, ses med en problemfokuseret coping, hvor han forsøger at gøre noget ved problemet. Mens informant nr. 2 har en emotionel fokuseret coping, hvor han mindsker det psykiske ubehag, som han oplever i intimiteten med at helt trække sig fra det.

Den uforklarlige seksualitet

Informant nr. 1 har oplevet en god støtte fra sin familie, efter han har fortalt dem om sine seksuelle tanker om børn. Han har dog frygtede konsekvenserne, da han oplever at dette er et tabubelagt emne.

Informant nr. 2 angiver, at han ikke synes, at andre har nogen indsigt i, hvad det betyder, og hvordan det er, at have seksuelle tanker om børn. Han fremhæver også, at mediadækningen af pædofili er præget af meget negative historier, som mangler nuancering.

Informanternes oplevelser står i overensstemmelse med den tilgængelige litteratur:

Som det fremgår af Jahnkes [8] og Lehmanns [72] undersøgelser, er pædofili forbundet med signifikant større grad af stigmatiserende og straffende holdninger i baggrundsbefolkningen (hvis vi anser, at resultaterne af de 2 studier er generaliserbare) sammenlignet med andre parafilier eller mennesker med antisociale tendenser.

I Stelzmanns [69] studie beskrev informanterne, at mediadækningen af pædofili kan være unuanceret og sensationssøgende. Der sættes ofte lighedstegn mellem pædofili og seksuelle krænker. Resultaternes generaliserbarhed er dog begrænset, fordi der er tale om en kvalitativ studie.

Stigmatisering

Begge informanter angiver, at de har oplevet stigmatiserende udtalelser fra andre (venner og familie) i forhold til mennesker med pædofile tanker.

Disse udtalelser kan forstærke informanternes følelse af skyld og skam. Informant nr. 2 beskriver, at det negative selvbillede kan føre til udvikling af selvmordstanker.

Oplevelse af andres stigmatiserende reaktioner og konsekvenser af det

Begge informanter beskriver, hvordan de har oplevet, at deres venner eller familie kom med særdeles negative kommentarer i forhold til mennesker med seksuelle tanker om børn. Kommentarerne var oftest udløst af tv-programmer eller artikler med en sort og hvidt, ensidig beskrivelse af mennesker med pædofile tanker. Kommentarerne var præget af en holdning om, at mennesker med seksuelle tanker om børn skal straffes, og nogle gange blev der sat spørgsmålstejn ved disse menneskers eksistensret. Informanterne følte ofte, at disse kommentarer var rettet mod dem.

Informant nr. 1 angiver, at han blev opmærksom på hans egen adfærd for ikke at afsløre sin seksuelle interesse for børn.

Informant nr. 2 beskriver, at han opretholder en facade om hans seksualitet for at blive accepteret af andre.

Ovenstående fund er i god overensstemmelse med den eksisterende litteratur. Der kan igen henvises til Jahnkes [8] og Lehmanns [72] undersøgelser, hvor deltagerne udviste negative følelsesmæssige reaktioner mod mennesker med pædofile tanker.

I Jahnkes [59] studie var det 84% af respondenter, som svarede, at de frygter at andre afslører dem i forhold til deres seksualitet, og 82% svarede at de var bange for at der var nogen, som kendte til deres hemmelighed.

Egne moralske overvejelser

Begge informanter beskriver, at de har været i tvivl om deres egne hensigter. Begge informanter er præget af et negativt selvbillede.

Informant nr. 1 beskriver, at han føler skam og skyld på grund af sine seksuelle tanker om børn. Han har også tænkt på sig selv som et ondt og dårligt menneske.

Informant nr. 2 er afklaret med sig selv. Han ved, at han ikke er et ondt menneske på grund af sine seksuelle tanker. Men han beskriver, at det har været en lang proces, som han har brugt meget energi på.

Disse fund kan sammenholdes med resultaterne i Lawrences litteraturgennemgang [70], hvor der beskrives processen af internalisering af social stigmatisering. Mennesker med seksuelle tanker om børn kan identificere sig med den stereotyp opfattelse af pædofile i samfundet, som fører til et negativt selvbillede og psykisk ubehag. Dette kan resultere i form af skyldfølelse, skam, ensomhed.

Psyriske konsekvenser af stigmatisering

Informant nr. 1 beskriver, at han har fået angst efter at hans lejlighed blev ransaget af politiet, da de konfiskerede hans computer pga. utugtige billeder af børn.

Informant nr. 2 angiver, at han havde en depression før. Han har også oplevet regelmæssige selvmordstanker i mange år.

Flere studier viser en øget forekomst af selvmordstanker og selvmordsplaner blandt mennesker med seksuelle tanker om børn [40,70]. Der er også flere studier, som bekræfter, at mennesker med seksuelle tanker kan opleve stigma-relateret stress, som viser sig i form af psykisk ubehag og udvikling af angst og depression [59,70].

Behandling

Det umulige første skridt

Begge informanter har en oplevelse af at det var svært at opsøge hjælp. Informant nr. 1 beskriver en frygt for at sundhedspersoner ville underrette politiet. Informant nr. 2 beskriver processen til at kunne overvinde hans frygt og fortælle nogen om hans seksuelle tanker om børn.

Som det vises i Gradys studie, kan frygten for at blive meldt til politiet være en af de faktorer, som forhindrer mennesker med seksuelle tanker om børn i at opsøge relevant hjælp [9]. Sundhedspersoner er underlagt en skærpet underretningspligt, hvilket kan føre til, at de skal orientere politiet i forbindelse med et pågående behandlingsforløb (jf. Serviceloven §153). Der ses god erfaring i udlandet med anonyme behandlingstilbud (f.eks. Project Dunkelfeld) [48].

En kortlægning af muligheder for at intensivere indsatsen i forhold til mennesker med pædofile drifter viste i 2019, at en eventuel fjernelse af henvisningskrav fra egen læge kan potentielt øge andelen af mennesker med pædofile drifter, som opsøger hjælp [47].

Ideer til at gøre behandlingen mere tilgængelig

Informanterne beskriver flere refleksioner over det nuværende rådgivnings- og behandlingstilbud. Begge informanter angiver, at det var vanskeligt at finde de rigtige oplysninger om, hvor de kunne henvende sig for hjælp. De angiver, at en øget synlighed i form af oplysningskampagner kunne være med til at nå de mennesker som vil opsøge hjælp.

Informanternes refleksioner er understøttet i litteraturen. Der findes flere behandlingsprojekter i udlandet, hvor behandlingstilbuddet er kombineret med brede oplysningskampagner [47].

7. Metodekritik

Denne undersøgelse er udført efter den kvalitative metode, hvor der er foretaget semistrukturerede interview med 2 informanter. Det vurderes, at den kvalitative metode gav de bedste betingelser for at besvare forskningsspørgsmålene. Opgavens forskningsspørgsmål handler om

informanternes oplevelser, deres subjektive væren-i-verden. Disse oplysninger kan ikke indhentes ved hjælp af en kvantitativ undersøgelse [73].

Den kvalitative metode giver mulighed for at udforske informanternes meninger. Informanterne kan forklare deres oplevelser i et åbent, empatisk og tillidsfuldt rum. I den kvalitative metode er interviewerens en aktiv del af indsamling af empirien, hvilket også giver risiko for at interviewerens påvirker resultaterne med sin forforståelse [73].

Ved den kvalitative metode kan der beskrives reliabilitet (pålidelighed), validitet (gyldighed) og generaliserbarhed.

Reliabilitet beskriver undersøgelsens intern konsistens. Det beskriver også hvorvidt undersøgelsen kan gentages af andre med samme resultater.

Interviewene blev udført af forfatteren, som har erfaring med semistrukturerede interview, men ikke i en forskningssammenhæng. Dette kan anses som en svaghed i studiet. Så vidt det var muligt, har interviewerens stillet åbne spørgsmål, som giver informanten mulighed for at besvare det uden interviewerens subjektive påvirkning. Der antages derfor at undersøgelsens reliabilitet er god.

Forfatteren har udarbejdet en semistruktureret interviewguide til interviewoptagelsen, baseret på den eksisterende litteratur og et pilot-interview med 2 eksperter. Spørgsmålene i interviewguiden var generelt forståelige af informanterne. Enkelte spørgsmål skulle forklares og omformuleres. Der kan derfor antages, at validiteten er acceptabel.

Formålet med en kvalitativ undersøgelse er at beskrive fænomenet så godt, som det er muligt. Dette kan opnås ved hjælp af datamætning. Datamætning betyder, at rekruttering af nye informanter ikke ville medføre ny viden. Ved undersøgelsens start har det været målsætningen at rekruttere 3-5 informanter til at opnå datamætning.

Desværre rekrutteringen blev vanskeliggjort af at undersøgelsen handler om et tabubelagt emne. Der har været udsagn fra flere interesserede ved starten af rekrutteringen, men flere af dem har ombestemt sig. Derfor blev undersøgelsen udført med 2 informanter. Dette er en klar svaghed, men det antages at en datamætningen er nået ved de 2 informanter, da undersøgelsen har beskæftiget sig med en meget afgrænset population. Således fundene vurderes til at være generaliserbare.

8. Konklusion

Formålet med nuværende undersøgelse har været at belyse følgende forskningsspørgsmål:

- I hvilket omfang har mennesker med pædofile tanker oplevet social stigmatisering?
- På hvilke måder har mennesker med pædofile tanker oplevet social stigmatisering?
- Hvordan oplever mennesker med pædofile tanker, at social stigmatisering har påvirket dem i forhold til selvbillede, social netværksdannelse og behandlingsmotivation?

Undersøgelsen er opbygget efter den kvalitative metode, som gav den bedste mulighed for at besvare forskningsspørgsmålene.

Empirien er indsamlet ved hjælp af semistrukturede interview med 2 informanter.

Der kan konkluderes følgende:

Mennesker med pædofile tanker oplever, at det er vanskeligt at skulle forholde sig til deres seksualitet. De oplever ikke en tilstand af seksuel trivsel. De oplever en manglende motivation i deres liv i forhold til seksualiteten, hvilket kan gøre dem mere sårbar i forhold til belastninger.

Mennesker med pædofile tanker oplever ofte, at de møder stigmatiserende holdninger i deres omgivelse, som kan vise sig blandt andet i form af negative kommentarer om pædofili og straffende attituder. De oplever en unuanceret opfattelse af pædofili i deres omgivelser, hvor der ofte sættes lighedstegn mellem mennesker med pædofile tanker og seksuelle krænkere.

Mennesker med pædofile drifter oplever, at deres sociale relationer kan være præget af deres frygt for at blive afsløret. De opretholder en facade i den sociale sammenhæng.

Mennesker med pædofile tanker oplever et negativt selvbillede, hvor de identificerer sig med den stereotyp opfattelse af pædofile i samfundet. Dette kan resultere i skyld, skam og psykiske problemstillinger.

Mennesker med pædofile drifter oplever, at det er svært at opsøge hjælp. De frygter at blive anmeldt og de oplever, at der er begrænsede oplysninger tilgængelig om behandlingstilbuddene.

9. Perspektivering

Denne undersøgelse konkluderer, at mennesker med pædofile drifter bliver udsat social stigmatisering, som fører til påvirkning af deres selvbillede, social netværksdannelse og behandlingsmotivation.

Undersøgelsens resultater kan bruges i forhold til oplysning af relevant sundhedspersonale, herunder praktiserende læger og ansatte i psykiatri.

Opgaven indikerer også, at det nuværende behandlingstilbud for mennesker med pædofile drifter kunne optimeres.

Et tiltag kunne være en fjernelse af kravet om henvisning fra egen læge for iværksættelse af behandlingsforløb.

Et andet tiltag kunne være at initiere en bred oplysningskampagne for at kunne øge andelen af mennesker med pædofile tanker, som opsøger hjælp.

Et tredje tiltag kunne være at undersøge, hvorvidt der kunne etableres et delvist anonymt behandlingssystem i forhold til mennesker med pædofile tanker.

Undersøgelsens konklusioner er i overensstemmelse med den tilgængelige litteratur på området. Det findes dog fortsat relativt få studier, som har undersøgt stigmatisering af mennesker med pædofile drifter. Derfor kunne der tænkes at udføre en kvantitativ undersøgelse i en dansk kontekst om temaet, hvor der kan anvendes spørgeskemaer i forhold til stigmatisering, som kan suppleres med spørgeskemaer om livskvalitet og psykisk helbred.

10. Litteraturliste

1. Jahnke, S. The stigma of pedophilia: Clinical and forensic implications. *European Psychologist*, 2018; 23(2), 144–153.
2. Seto, M. C. Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 2012; 41,231–236.
3. Beier, K. M. Proactive strategies to prevent child sexual abuse and the use of child abuse images: Experiences from the German Dunkelfeld Project. In H. Kury, S. Redo,

- & E. Shea (Eds.), 2016, *Women and Children as Victims and Offenders: Background, Prevention, Reintegration* (499–524).
4. Kim B., Benekos P. J., Merlo A.V. Sex Offender Recidivism Revisited: Review of Recent Meta-analyses on the Effects of Sex Offender Treatment. *Trauma Violence Abuse*. 2016 Jan;17(1):105-17.
 5. Seto, M. C. *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association, 2007.
 6. Cantor, J. M., & McPhail, I. V. Non-offending pedophiles. *Current Sexual Health Reports*, 2016.
 7. Cantor, J. M. “Gold-star” pedophiles in general sex therapy practice. In Y. M. Binik & K. S, 2014.
 8. Jahnke, S., Imhoff, R., & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 21–34.
 9. Grady, M. D., Levenson, J. S., Mesias, G., Kavanagh, S., & Charles, J. “I can’t talk about that”: Stigma and fear as barriers to preventive services for minor-attracted persons. *Stigma and Health*, 2019;4(4), 400–410.
 10. Jahnke S., Hoyer J. Stigmatization of People With Pedophilia: A Blind Spot in Stigma Research, *International Journal of Sexual Health*, 2013;25:3, 169-184
 11. World Health Organization. WHO ICD-10. *Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard, 2012.
 12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association, 2013.
 13. Graugaard C., Giraldi A. et al. *Sexologi*. 908-909. Munksgaard, 2019.
 14. Krafft-Ebing R. *Psychopathia Sexualis. Eine klinisch-forensische Studie*. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1886.
 15. Graugaard C., Giraldi A. et al. *Sexologi*. 915-916. Munksgaard, 2019.
 16. Seto MC et al. Reliability and validity of the DSM-IV-TR and proposed DSM-5 criteria for pedophilia: Implications for the ICD-11 and the next DSM. *Int J Law Psychiatry*. 2016 Sep-Dec;49(Pt A):98-106.
 17. Münch R, Walter H, Müller S. Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial

- Personality Disorder and Pedophilic Disorder. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 15;11:558655.
18. Bengtson S., Sørensen T., Kristensen E. Diagnosing and treating paedophilia, *Ugeskr Læger* 2019;181:V02190123.
 19. Dansk migrering fra ICD-10 til ICD-11. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
 20. Graugaard C., Giraldi A. et al. *Sexologi*. 1030-1031. Munksgaard, 2019.
 21. Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., & Beier, K. M. Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles. *Archives of Sexual Behavior*, 2016; 45, 1153–1162.
 22. Cantor JM. Is homosexuality a paraphilia? The evidence for and against. *Arch Sex Behav*. 2012;41(1):237-247.
 23. Cantor JM, Blanchard R, Christensen BK, Dickey R, Klassen PE, Beckstead AL, Blak T, Kuban ME. Intelligence, memory, and handedness in pedophilia. *Neuropsychology*. 2004 Jan;18(1):3-14.
 24. Schiltz K, Witzel J, Northoff G, Zierhut K, Gubka U, Fellmann H, Kaufmann J, Tempelmann C, Wiebking C, Bogerts B. Brain pathology in pedophilic offenders: evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jun;64(6):737-46.
 25. Schiffer, B., Peschel, T., Paul, T., Gizewski, E., Forsting, M., Leygraf, N., Schedlowski, M., & Krueger, T. H. C. (2007). Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *Journal of Psychiatric Research*, 41(9), 753–762.
 26. Tenbergen G, Kruger THC, Walter H et al. The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Front Hum Neurosci* 2015;9:344.
 27. Graugaard C., Giraldi A. et al. *Sexologi*. 924-925. Munksgaard, 2019.
 28. Seto, Michael C. "Pedophilia." *Annual Review of Clinical Psychology* 5 (2009): 391-407.
 29. En undersøgelse af behandlingsordningen – delrapport 1. Visitationsundersøgelsen. Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015.
 30. Seto MC, Lalumiere ML. A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. *Sex Abuse* (2001) 3:15-25.

31. Riegel DL. Effects on boy-attracted pedosexual males of viewing boy erotica [letter to the editor]. *Arch. Sex. Behav.* (2004) 33:321–23.
32. Dombert B, Schmidt AF, Banse R, Briken P, Hoyer J, Neutze J, Osterheider M. How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *J Sex Res.* 2016;53(2):214-23.
33. Santtila P, Antfolk J, Räfså A, Hartwig M, Sariola H, Sandnabba NK, Mokros A. Men's sexual interest in children: one-year incidence and correlates in a population-based sample of Finnish male twins. *J Child Sex Abus.* 2015;24(2):115-34.
34. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019.
35. Seto MC, Stephens S, Lalumière ML et al. The revised screening scale for pedophilic interests (SSPI–2): development and criterion-related validation. *Sex Abuse* 2017;29:619-35.
36. Freund K. A laboratory method of diagnosing predominance of homo- and heteroerotic interest in the male. *Behav. Res. Ther.* (1963) 1:85–93.
37. Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, Chaplin TC, Earls C. Maximizing the discriminant validity of phallometric assessment data. *Psychol. Assess.* (1992) 4:502–11.
38. Englund HL, Jansson L & Nordgaard J. Differential diagnosis in obsessive-compulsive disorder. *Ugeskr Læger* 2020;182:V03200167.
39. Glazier K, Calixte RM, Rothschild R, Pinto A. High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. *Ann Clin Psychiatry.* 2013 Aug;25(3):201-9.
40. B4U-ACT (2011). Survey Results. <https://www.b4uact.org/research/survey-results/youth-suicidality-and-seeking-care/> [lokaliseret d. 10.4.2021]
41. Mihailides S, Devilly GJ, Ward T. Implicit cognitive distortions and sexual offending. *Sex Abuse.* 2004 Oct;16(4):333-50.
42. Ward, T., Gannon, T. & Mann, R. (2007). The Good Lives Model of Offender Rehabilitation: Clinical Implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107.
43. Graugaard C., Giraldi A. et al. *Sexologi.* 1004-1015. Munksgaard, 2019.
44. Kristensen E., Fristed P., Fuglested M. et al. The Danish sexual offender treatment and research program (DASOP). I: Boer DP, Eher R, Craig LA et al, red. *International*

- perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: theory, practice, and research. John Wiley & Sons, 2011:251-62.
45. Kim B, Benekos PJ, Merlo AV. Sex Offender Recidivism Revisited: Review of Recent Meta-analyses on the Effects of Sex Offender Treatment. *Trauma Violence Abuse*. 2016 Jan;17(1):105-17.
 46. Babchishin KM, Hanson RK, VanZuylen H. Online child pornography offenders are different: a meta-analysis of the characteristics of online and offline sex offenders against children. *Arch Sex Behav*. 2015 Jan;44(1):45-66.
 47. Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse af muligheder for at styrke indsatsen til mennesker med pædofile tanker. 2019, <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Indsatser-til-folk-med-pædofile-tanker.ashx> [lokaliseret d. 20.4.2021]
 48. Mokros A, Banse R. The "Dunkelfeld" Project for Self-Identified Pedophiles: A Reappraisal of its Effectiveness. *J Sex Med*. 2019 May;16(5):609-613.
 49. Nielsen MH, Aaskov L, Larsen JE. When virtuous paedophiles meet online: A sociological study of a paedophile community. *Sexualities*. December 2020.
 50. Goffman, E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY: Simon and Schuster, 1963.
 51. Sundhedsstyrelsen. Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen. 2008. https://www.sst.dk/da/udgivelser/2008/-/media/Udgivelser/2008/Publ2008/CFF/Socialt_udsatte/Stigmatisering,-d-,pdf.ashx [lokaliseret d. 20.4.2021]
 52. Link B. G., Phelan J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001;27, 363-385.
 53. Stiels-Glenn, M. The availability of out-patient psychotherapy for paedophiles in Germany. *Recht Psychiatrie*, 2010;28(2), 74-80.
 54. Imhoff R. Punitive attitudes against pedophiles or persons with sexual interest in children: does the label matter? *Archives of sexual behavior*, 2015;44:1 (35-44).
 55. Rusch N., Angermeyer M. C., Corrigan P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
 56. Page, S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, (1977) 9,85–90.

57. Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health* (2013), 103, 813–821.
58. Meyer, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin* (2003), 129, 674–697.
59. Jahnke S., Schmidt A.F., Geradt M., Hoyer J. Stigma-Related Stress and Its Correlates Among Men with Pedophilic Sexual Interests. *Archives of sexual behavior*, 2015;44:8 (2173-2187).
60. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003 Sep;129(5):674-697.
61. Sattler, F. A., Zeyen, J., & Christiansen, H. (2017). Does sexual identity stress mediate the association between sexual identity and mental health? *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 296–303.
62. Barkanyi Z. Pædofile og stigmata – en litteraturgennemgang. Modul 5 opgave i Master uddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet, 2020.
63. Furnham A., Haraldsen E. Lay theories of etiology and “cure” for four types of paraphilia: Fetishism; pedophilia; sexual sadism; and voyeurism. *Journal of Clin Psychology*, 1998;54, 689-700.
64. McCartan K. Here there be monsters: The public’s perception of paedophiles with particular reference to Belfast and Leicester. *Med Science and the Law*, 2004;44, 327-342.
65. McCartan K. Student /trainee-professional implicit theories of paedophilia. *Psychology Crime Law*, 2010;16, 265-288.
66. Stiels-Glenn, M. The availability of out-patient psychotherapy for paedophiles in Germany. *Recht Psychiatrie*, 2010;28(2), 74-80.
67. Link B. G., Cullen F. T., Struening E., Shrout P.E., Dohrenwend B. P. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 1989;54(3), 400-423.

68. Imhoff R., Jahnke S. Determinants of Punitive Attitudes Toward People with Pedophilia: Dissecting Effects of the Label and Intentionality Ascriptions. *Archives of sexual behavior*, 2018;47:2 (353-361).
69. Stelzmann D, Jahnke S, Kuhle LF. Media Coverage of Pedophilia: Benefits and Risks from Healthcare Practitioners' Point of View. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5739.
70. Lawrence AL., Willis GM. Understanding and Challenging Stigma Associated With Sexual Interest in Children: A Systematic Review, *International Journal of Sexual Health*, 2021. Published online: 18 Jan 2021.
71. Heron, R.L., Schwiekert, L. & Karsten, J. Meeting a person with pedophilia: Attitudes towards pedophilia among psychology students: A pilot study. *Curr Psychol* (2021).
72. Lehmann RJB, Schmidt AF, Jahnke S. Stigmatization of Paraphilias and Psychological Conditions Linked to Sexual Offending. *J Sex Res*. 2021 May;58(4):438-447.
73. Kvale S. Interview – en introduktion til det kvalitative interview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.
74. Brinkmann S., Tanggaard L. *Kvalitative metoder* (2. udg.). 2015; København: Hans Reitzels Forlag.
75. Zahavi D. *Fænomenologi*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
76. Martinsen B., Norlyk A. Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken* (2011); (12): 64-68.
77. Egede S. J., Fouchard J., Frisch M., Graugaard C. Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder. Sundhedsstyrelsen, 2019. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/LGBT-personer-og-almen-praksis.ashx> [lokaliseret d. 29.4.2021]
78. WHO. Defining Sexual Health. (2006) https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf [lokaliseret d. 2.5.2021]
79. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
80. Graugaard C., Pedersen B. K., Frisch M. *Seksualitet og sundhed*. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2012.

81. Folkman S., Lazarus R. S. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* (1988), 54(3), 3466-475.

Bilag

Bilag 1 – Interviewguide (til interviewet med informanterne)

| | |
|---------------------------|---|
| Præsentation af projektet | Præsentation af mig selv. Kvalitativt interview. Stigmatisering af mennesker med seksuelle tanker om børn. Masterprojekt. |
| Anonymitet | Interviewet bliver optaget på diktafon, og jeg skriver dele af interviewet ind som tekst. Du er 100% anonym, og det er kun mig, der har adgang til interviewet. Jeg vælger små citater, som vil indgå i rapporten, men det vil ikke indeholde oplysninger, der kan føres tilbage til dig. |
| Struktur | Jeg fungerer som interviewer – men formålet er at skabe en dialog, hvor du åbent kan give udtryk for dine tanker, følelser og erfaringer. Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Jeg vil starte med at stille dig nogle generelle spørgsmål omkring din baggrund. Efterfølgende vil jeg spørge ind til din seksuelle orientering og herunder også om seksuelle tanker om børn. Til sidst vil jeg spørge dig om dine oplevelser. Hvorvidt du oplever stigmatisering, og hvordan du i så fald oplever at det påvirker dig. |

| | |
|--|--|
| <p>Oplevelse af stigmatisering</p> | <p>forklare, hvad det betyder? Nu vil jeg ultrakort fortælle dig, hvordan man ofte bruger begrebet i videnskaben.</p> <p>Tror du, at stigmatisering kan påvirke mennesker med seksuelle tanker om børn?</p> <p>Hvorfor tror du, at mennesker med seksuelle tanker om børn kan være særligt udsatte for stigmatisering?</p> <p>Har du selv oplevet at være udsat for stigmatisering? Og hvis ja, hvordan? Kom gerne med nogle konkrete eksempler.</p> <p>Oplever du i din kontakt med andre, at de er præget af fordomme vedrørende mennesker med seksuelle tanker om børn?</p> <p>Hvorfor tror du, at nogle mennesker har den type af fordomme?</p> <p>På hvilken måde påvirker de fordomme, du møder, og stereotyper din selvopfattelse?</p> <p>Har du nogensinde været udsat for direkte diskrimination (altså fx at blive dårligt behandlet eller fravalgt) på grund af din seksuelle orientering? Og hvis ja, på hvilken måde?</p> |
| <p>Sociale relationer og netværksdannelse</p> | <p>Synes du generelt, at det er svært for mennesker med seksuelle tanker om børn at begå sig (eller blive accepteret) socialt? Hvordan oplever du det selv?</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Psykisk of fysisk helbred</p> | <p>Hvilke vanskeligheder har du selv oplevet i forhold til sociale relationer?</p> <p>Hvordan påvirker stigmatisering din evne til at kunne danne nye relationer?</p> <p>Føler du, at du kan være åben omkring dine seksuelle tanker i relation til andre? Hvis nej, hvorfor ikke?</p> <p>Har du nogensinde oplevet frygt for at blive opdaget af andre i forhold til din seksualitet? Hvordan påvirker det dig?</p> <p>Har du oplevet at mennesker har taget direkte afstand fra dig pga. din seksualitet?</p> <p>Hvordan vil du generelt beskrive dit psykiske og fysiske helbred?</p> <p>Overvejer du nogensinde, om der er en sammenhæng mellem dine seksuelle drifter og din psykiske og fysiske sundhed? Kan du beskrive det, hvordan?</p> <p>Har du nogensinde oplevet, at du var nedtrykt eller angst pga. dine seksuelle drifter?</p> <p>Har du nogensinde oplevet, at du føler skyld og skam på grund af dine seksuelle drifter? På hvilken måde?</p> <p>Har du nogensinde oplevet, at du har fået tanker om død eller selvmord på grund af dine seksuelle tanker om børn? Hvordan?</p> |
|---|---|

Barrierer ved kontakt med sundhedspersoner

Hvad er dit forhold til sundhedsvæsenet? Bruger du jævnligt din egen læge, psykolog, osv.?

Hvornår og i hvilken situation fortalte du første gang til en fagperson i sundhedssektoren, at du har seksuelle tanker om børn? Hvordan reagerede den pågældende fagperson?

Hvordan oplever du, at dine seksuelle drifter mod børn påvirker din kontakt til sundhedsprofessionelle?

Ser du nogen fordele ved at din egen læge kender til din seksualitet?

Føler du, at din egen læge har den fornødne viden om mennesker med seksuelle tanker om børn?

Har du nogensinde oplevet at en sundhedsperson har reageret uheldigt/dårligt på, at du fortalte om din seksualitet? Fortæl om det.

Har du nogensinde oplevet, at sundhedspersoner har brugt uheldigt eller krænkende sprog i konsultationen? Kan du give eksempler?

Har du nogensinde følt dig direkte diskrimineret i mødet med sundhedspersoner? Kan du beskrive det?

Har du nogensinde oplevet, at du ikke har søgt hjælp fra sundhedsvæsenet, fordi du frygtede at blive mødt med fordomme eller udsat for stigmatisering?

| | |
|-------------------------|---|
| <p>Afrunding</p> | <p>Har du nogensinde tilbageholdt oplysninger om din seksualitet i møde med sundhedsvæsenet, fordi du frygtede at blive anmeldt til politiet?</p> <p>Tænker du over, hvorvidt sundhedspersoner overholder deres tavshedspligt?</p> <p>Har du nogensinde været bange for at andre tilgår dine private oplysninger fra din journal, inkl. oplysninger om din seksualitet?</p> <p>Synes du at der er brug for at praktiserende læger bliver informeret og oplyst om tilgang og behandlingstilbud i forhold til mennesker med seksuelle tanker om børn? Hvorfor?</p> <p>Vil du foretrække at kunne forblive anonym i et behandlingsforløb i forhold til dine seksuelle tanker om børn?</p> <p>Har du nogen bud på hvordan man kan sikre, at mennesker med seksuelle tanker om børn i større grad opsøger professionel hjælp?</p> <p>Hvis du skulle give en person med seksuelle tanker om børn et godt råd om, hvordan man begår sig i sundhedsvæsenet, hvad ville du så sige til vedkommende?</p> <p>Hvis du skulle give en fagperson i sundhedsvæsenet et godt råd om, hvordan man begår sig over for mennesker med seksuelle tanker om børn, hvad ville du så sige til vedkommende?</p> <p>Har du noget du gerne vil uddybe, eller noget du synes jeg skal spørge ind til?</p> |
|-------------------------|---|

Har du nogen kommentarer til spørgsmålene?

Hvordan har det været at blive interviewet?

Tusind tak for din deltagelse.

Bilag 2 – Skriftlig deltagerinformation

Deltagerinformation om deltagelse i en videnskabelig undersøgelse med fokus på personer med seksuelle tanker om børn

Hvem er jeg?

Mit navn er Zoltan Barkanyi. Jeg er speciallæge i psykiatri og er i gang med min masteruddannelse i sexologi på Aalborg Universitet. Mit masterprojekt handler om stigmatisering af mennesker med pædofile tanker.

Derfor vil jeg gerne høre, om du er interesseret i at deltage i en interviewundersøgelse om dette emne.

Undersøgelsens formål er at afdække, i hvilket omfang og på hvilke måder mennesker med seksuelle tanker om børn har oplevet social stigmatisering, og hvordan de oplever, at det har påvirket dem.

Selve interviewet

Interviewet foretages af Zoltan Barkanyi og kan foregå fysisk i Lokalpsykiatrien Odense eller virtuelt.

Interviewet har en varighed på ca. 45-60 minutter. Interviewet bliver optaget. Efter interviewet vil optagelsen blive transskriberet. Som en del af denne proces vil du blive anonymiseret, og alt, hvad der er personhenførbart, slettes.

Kriterier for deltagelse

Du skal være over 18 år, seksuelt tiltrukket til børn og unge under 15 år. Det er ikke et problem, hvis du også er seksuelt tiltrukket af voksne. Du skal have lyst til at snakke om dine oplevelser. Når du har sagt ja, vil Zoltan Barkanyi ringe til dig, informere dig om projektet og interviewet samt indhente et skriftligt samtykke. Derefter kan vi aftale, hvornår vi kan foretage interviewet, og du får mulighed for at stille spørgsmål, hvis du har nogle.

Samtykke

For at lave denne undersøgelse skal jeg have et skriftligt samtykke fra dig som deltager.

Ved deltagelse giver du tilladelse til, at dine udsagn må optages, og at de oplysninger, der fremkommer under interviewet, må benyttes i projektet i anonymiseret form, så man ikke vil kunne genkende dig. Optaget lyd vil aldrig blive afspillet til andet end mine gennemlytninger, og optagelsen vil blive slettet, når forskningsprocessen er til ende.

Det er frivilligt at deltage, og du altid kan trække dit samtykke tilbage. Dette vil ikke have konsekvenser for dit rådgivnings- eller behandlingsforløb i psykiatrien.

Tavshedspligt

Jeg har tavshedspligt i forbindelse med interviewet. Dog har jeg pligt til at reagere, hvis jeg får viden om, at konkrete børns eller unges tarv aktuelt er truet.

Kontaktoplysninger

Zoltan Barkanyi

Mail: zoltan.barkanyi@rsyd.dk

Tlf.: 51180084

Bilag 3 – Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Undertegnede giver hermed samtykke til deltagelse i interviewundersøgelse, der er beskrevet i den udleverede deltagerinformation om deltagelse i en videnskabelig undersøgelse med personer med seksuelle tanker om børn.

Undertegnede er informeret om og indforstået med:

- At interviewet optages og i anonymiseret form transskriberes helt eller delvist
- At det er frivilligt at deltage i undersøgelsen
- At det er muligt at trække dit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen
- At dette ingen konsekvenser får for igangværende eller fremtidige rådgivnings- eller behandlingsforløb
- At dine oplysninger og det, du siger, må opbevares og behandles i overensstemmelse med gældende danske regler om databeskyttelse.

Dato

Navn

Underskrift
