

Pedofili er en mental forstyrrelse

Thore Langfeldt

Institutt for klinisk sexologi og terapi i Oslo.

Fagfolk må behandle pedofili som en forstyrrelse, ikke som en legning

I MEDIA og blant fagpersoner hører vi ofte at pedofili er en seksuell legning eller orientering. Dette på tross av at hverken ICD-10 og DSM-V¹ beskriver pedofili som en legning. Googler du «pedofili»/«pedophilia», blir du forvirret. På de fleste nettsidene kan man faktisk lese at pedofili er en seksuell orientering som ikke kan behandles. Mange av våre pasienter på IKST, både barn og voksne som har hatt seksuell tenning på barn, er fortvilet etter å ha lest på nettet at ingen kan hjelpe dem ut av håpløsheten. Dette har ført til alvorlige depresjoner og selvmordsforsøk, og til hemmeligholdelse i møte med helsevesenet. Her i landet bruker både psykologer, leger, media og ikke minst rettsvesenet begrepet «pedofil legning» som om det skulle være en ubestridt sannhet. I det siste mandatet fra påtalemyndigheten jeg leste, ble de sakkyndige spurt om tiltalte hadde en pedofil legning. Hvis svaret de gir er ja, vil det vanligvis føre til en forvaringsdom som kan innebære mange ekstra år i fengsel. Bakgrunnen er at legning ikke kan behandles.

Kritiske røster har hevdet at behandling av pedofile ikke virker, og har vært viktige premissleverandører for å hevde at pedofili er en legning.

Det er betimelig å spørre hvorfor så mange mener at pedofili er en legning, når det ikke finnes noe vitenskapelig belegg for en slik påstand. Hvilke mekanismer startet og opprettholder denne forståelsen?

Pedofili blir en «legning»

Mot slutten av 1960-tallet dukket det opp personer som mente at pedofili var en seksuell orientering. Utviklingen av denne forståelsen hadde sammenheng med homobevegelsens kamp for å normalisere homofili. Samtidig med at man ønsket å normalisere homoseksualitet som ikke-patologisk, ble det viktig å hevde at homoseksualitet var en medfødt legning. Altså noe som man verken kunne lastes for eller forandre på. Frem til 1980-årene ble homoseksualitet av visse fagmiljøer oppfattet som en psykologisk sykdomstilstand som kunne behandles ved hjelp av spesielle teknikker. På 1970-tallet oppsto det et krav fra de homofile organisasjonene om at den seksuelle lavalder måtte være lik for heterofile og homofile. De viste blant annet til at mange unge homofile gutter foretrakk seksuelle forhold til eldre. Det var i denne kampen at de pedofile dukket opp og «hang seg på» den seksuelle frigjøringsbølgen, og mente at pedofili også var en medfødt legning på lik linje med homofili og heterofili. De gikk inn for å senke aldersgrensen ytterligere. I Nederland på 1970-tallet sto formannen i Justiskomiteen, Brongersma, frem sammen med en 13 år gammel homofil gutt som han hadde et seksuelt forhold til. Dette skapte sterke reaksjoner både for og imot, og det førte til en sammenblanding av diskusjonen om hva pedofili var for noe, og spørsmål knyttet til seksuell lavalder.

¹. Det vil si den rettede DSM-V-utgaven fra 31. oktober 2013.

Definisjoner på pedofili

Som mange psykiske begreper er pedofili en teoretisk definert konstruksjon som inneholder en rekke hypotetiske egenskaper. Det kreves en kritisk og åpen holdning til all tenkning og forskning som kan bidra til en bedre forståelse av diagnostikk, men slik har det ikke vært med forvaltningen av begrepet pedofili. Det er først gjennom de moderne diagnosesystemene at pedofilibegrepet har fått et mer konsistent innhold. I ICD-10 er pedofili definert som en parafili og ikke en legning. Definisjonen lyder som følger:

Seksuell preferanse for barn, vanligvis førpubertet eller tidligpubertetsalder. Noen pedofile tiltrekkes bare av jenter, andre bare av gutter, mens andre tiltrekkes av begge kjønn.

DSM-5 – kuppet som ikke lyktes

Da DSM-4 skulle fornyes, ble Ray Blanchard, som er psykolog, valgt til leder av en undergruppe som skulle vurdere de ulike parafiliene som også inkluderte pedofili. Blanchard var kontroversiell i fagmiljøet fordi han mente at pedofili var en legning og at alle pedofile opprinnelig var heteroseksuelle, og hvor noen utviklet en preferanse for gutter, andre for jenter, mens noen hadde preferanse for begge kjønn. Han snakker interessant nok utelukkende om mannlige pedofile og nevner ikke kvinner. Han uttrykte det slik:

Among pedophiles in general, erotic preference moves away from women along two dimensions – age and sex. (Blanchard, et al., 1999).

Da papirversjonen av DSM-5 kom ut sommeren 2013, hadde Blanchard fått igjennom i DSM-5 komiteen at pedofili var en seksuell orientering. Den amerikanske psykiatriforeningen (APA), som er ansvarlig for DSM, rykket straks ut og rettet den elektroniske utgaven. Den trykte boken kunne de ikke gjøre noe med, derfor måtte de sende ut et skriv for å rette opp skandalen. I skrevet fra APA som kom ut 31. oktober 2013 heter det blant annet:

APA Statement on DSM-5 Text Error

Pedophilic disorder text error to be corrected

The American Psychiatric Association's (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) has recently been published after a comprehensive multi-year research and review of all of its diagnostic categories.

In the case of pedophilic disorder, the diagnostic criteria essentially remained the same as in DSM-IV-TR. Only the disorder name was changed from «pedophilia» to «pedophilic disorder» to maintain consistency with the chapter's other disorder listings.

«Sexual orientation» is not a term used in the diagnostic criteria for pedophilic disorder and its use in the DSM-5 text discussion is an error and should read «sexual interest.» In fact, APA considers pedophilic disorder a «paraphilia,» not a «sexual orientation.» This error will be corrected in the electronic version of DSM-5 and the next printing of the manual.

Denne rettelsen har tre viktige implikasjoner. For det første er pedofili ingen legning, men en forstyrrelse. Man kan heller ikke si at en person er pedofil, men at vedkommende har en pedofil forstyrrelse. For det andre må en pedofil forstyrrelse bygge på en allerede eksisterende seksuell legning. Når vi i dag opererer med to legninger, heterofil og homofil, impliserer det at pedofil forstyrrelse må

kunne utvikles fra begge legningene. Resultatene fra en studie av 111 menn som hadde foretatt seg på barn, viste at det var signifikante forskjeller mellom disse gruppene (Langfeldt 2010) med tanke på om de foretatt seg på gutter eller jenter. For det tredje kan uttalelsen fra ASA forstås som en støtte til videre forskning, både om årsak og terapi.

Hvordan kunne APA gjøre denne bommert? Da jeg i 2010 møtte et av medlemmene i gruppen til Blanchard, den amerikanske psykiateren Richard Kreuger, fortalte han at de hadde fått munnkurv når det gjaldt samtale de hadde i komiteen, noe han selv var svært misfornøyd med. Det er interessant at så få har kommentert denne rettelsen. Jeg kjenner bare til Washington Times som har laget en lengre artikkel om den.

Pedofile forstyrrelser i et utviklingsperspektiv

Dersom vi betrakter pedofili som en forstyrrelse, må det sees i et utviklingsperspektiv og ikke som et fenomen som oppstår av intet. Det å være homofil er for mange så vanskelig at enkelte har uttrykt at det er lettere å være pedofil enn homofil, og sier at så lenge man er pedofil, er man i hvert fall syk. Når den amerikanske psykiatrisforening understreker i sin rettelse at de fortsatt støtter arbeid for å utvikle behandling og samtidig understreker at vi her snakker om en *pedofil forstyrrelse*, så er det et viktig signal om at vi må se nærmere på pedofilbegrepet. Dette er en klar utfordring til forskere, klinikere og helsevesenet om fortsatt å ha et åpent sinn til fremtidig forskning og behandling.

Baserer man seg på antakelsen om at vi har en heterofil eller en homofil legning eller en blanding av disse, så må vi utvikle en identitet som står i forhold til legningen. Det er her problemene starter. Nyere forskning tyder på at heteroseksuelle som utvikler tidlige relasjonsproblemer og som i tillegg er hemmet seksuelt, er i faresonen for å utvikle seksuell preferanse for barn av motsatt kjønn. Både Marshall og andre har i de siste årene vært opptatt av sammenhenger mellom de som begår overgrep og tilknytningsskader i barndommen. (Lyn & Burton, 2004; Marshall, 2000; Marshall, Fernandez, Marshall, & Serran, 2006; Vildalen, 2014).

Når det gjelder menn som forgriper seg på gutter, vil samfunnets negative holdning til homofili gjøre det vanskeligere å utvikle en homofil identitet enn en heterofil identitet. Hvis den homofile gutten i tillegg ikke viser noen feminine trekk, blir det enda vanskeligere. Nyere forskning viser at menn som utelukkende forgriper seg på gutter utenfor familien, har en homofil legning i bunnen, men har av ulike grunner problemer med å utvikle en homofil identitet. En av årsakene er at disse mennene som unge gutter hadde en maskulin oppførsel som ikke vekket noen tanke om at gutten kunne være homofil (Langfeldt 2008, 2010). Norum og Holst skrev i 2013 en hovedoppgave på bakgrunn av pasienter fra Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) om hvor vanskelig det var å utvikle en homofil identitet og kalte oppgaven: «Å være homo var jo helt utenkelig» (Holst & Norum, 2013).

Virker behandlingen av pedofile?

Mange kritiske røster har hevdet at behandling av pedofile ikke virker, og har dermed vært viktige premissleverandører for å hevde at pedofili er en legning. Metastudier om behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep, har sine klare begrensninger. Behandlingen løper ut fra en tradisjon som går under benevnelsen «relapse prevention». Behandlingsformen er stort sett basert på kognitive korttidsprogrammer ledet av spesialtrene fengselsbetjenter. Dette er en overfladisk behandling som dreier seg om at overgriperen skal lære å kontrollere sine seksuelle lyster gjennom ulike treningsprogrammer. Denne metoden var allerede på 1980-tallet ikke særlig overbevisende, og mange viste til svake resultater (Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon, & Fenton, 2006).

En ytterligere begrensning ligger i utvalgsmetodene til metastudiene. I studiet til Grønnerød og medarbeidere anvender de CODC (Collaborative Outcome Data Committee) for å plukke ut hvilke studier de tok med i undersøkelsen. Av 337 arbeider var det kun 14 som oppfylte denne typen kriterier (Grønnerød, Grønnerød, & Grønndal, 2014). Denne utvalgsmetoden tar kun utgangspunkt i den metodiske beskrivelsen av behandlingen, og ikke om behandlingen er relevant for problematikken, eller hvilke kvalifikasjoner behandlerne har (for eksempel om behandlingen drives av fengselsbetjenter eller psykologer.) Det viktigste for denne utvalgsmetoden er at endring og resultater er vitenskapelig målbare. Å tro at alle typer overgrep kan behandles med samme type program, er etter min mening en fullstendig utopisk tanke.

En svært systematisk undersøkelse som ble publisert i 2005, viste at kognitive ferdighetsprogrammer ikke hadde noen særlig effekt (Marques, Wiederanders, Day, Nelson, & Ommeren, 2005). Her brukte man ulike kognitive mestringsmetoder fra sosial fungering til stressmestring, ledet av fengselsbetjenter og ikke av psykologer. Forhold som gruppeklima, samhold, allianse og empati er grunnleggende egenskaper for at gruppeterapi skal fungere optimalt (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005). Slike kriterier tas det aldri hensyn til i metastudier

Kritiske forskere peker også på at de som behandles, som i praksis kun er de som sitter i fengsel for overgrep mot barn, bare utgjør 6–8 prosent av barneovergriperne. Dermed blir utvalget ikke representativt. Studier fra USA viser at disse også ofte har tilleggs kriminalitet.

En viktig kritikk mot at behandlingsprogrammer overfor menn som forgriper seg på gutter ikke fungerer, er at homofili i USA i dag oppfattes som svært negativt blant folk flest. På 70- og 80-tallet, som er den tiden da de fleste metastudiene henter sine data fra, var faktisk homofili straffbart. Det er derfor helt utenkelig at terapeutene våget å hjelpe klientene til å utvikle en homofil identitet. Hadde de gjort det, ville de blitt saksøkt. Dette kan være en av forklaringene på den store tilbakefallsprosenten hos nettopp de som har forgrepet seg på gutter.

Et relasjonelt perspektiv

I Canada, spesielt i gruppen til Bill Marshall, har terapi med overgripere de siste 10 årene utviklet seg i en relasjonell og mer psykodynamisk retning med psykologer som behandlere (Marshall, Fernandez, Marshall, & Serran, 2006). Selv om de kaller det kognitiv terapi, ligner den mer og mer på en psykodynamisk modell. De har kritisert den klassiske «relapse prevention»-terapien og snakker nå om «beyond relapse prevention». De har blant annet påpekt at det er viktig at terapeutene viser empati og deltar følelsesmessig for å bygge opp evnen til å danne relasjoner.

Gjennom langvarig psykodynamisk terapi kommer man nærmere mulige bakenforliggende årsaker til utvikling av overgrepsadferd (Langfeldt 2013). Her er det duket for mye spennende forskning. Som nevnt har mange forskere vist at tilknytningsstil og ulike former for omsorgssvikt spiller en sentral rolle hos personer som begår overgrep. Erfaring fra terapien viser at det å utvikle en adekvat seksuell identitet kan forstyrres av overgrep, traumer, seksuell invadering og negative sanksjoner, som igjen øker sjansen for seksuelle overgrep. Her trenger vi i første omgang mer kvalitativ forskning.