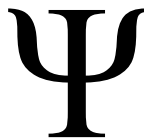




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Hvordan terapeuter opplever å forholde seg empatisk og ikke-dømmende i møte med pasienter med seksuell interesse for barn
En kvalitativ studie

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Espen Antonsen & Ida Giske

Høst 2021

Veileder

Ulvhild Helena Tormodsdatter Færøvik

Abstract

Background: There is little research on therapist experiences in therapy with patients with sexual attraction towards children. The research on therapist experiences in this field focuses mainly on patients convicted of sexual abuse, without specifying whether the victim is an adult or a child. Given the stigmatized nature of sexual interest in prepubertal children one could expect that problems may arise in the building of a robust alliance between patient and therapist. This paper aims to investigate how norwegian psychologists working with patients with sexual attraction towards children experience being empathetic and non-judgemental in their work.

Method: Using qualitative, semi structured interviews, we interviewed five therapists from different therapeutic backgrounds working with persons with sexual interest in children in Norway. The interviews were analyzed using phenomenological-hermeneutic thematic analysis.

Results: The four themes we identified are (1) To see the person behind the sexual interest, (2) When the therapists feelings challenge their empathy, with the sub themes (2a) Anger towards the patient and fear of recidivism, and (2b) Coping with aversive reactions, (3) Balancing parts of oneself: Self as therapist and the private self, and (4) Specific strategies for self-care.

Conclusion: Though our respondents faced some challenges in being non-judgemental and empathetic towards their patients, they generally found building alliances with patients as meaningful, rewarding and natural. The respondents described less challenges in being empathetic and non-judgemental towards patients who seek preventive treatment.

Key Words: Sexual interest in children, therapeutic alliance, empathy, qualitative research.

Sammendrag

Bakgrunn: Det eksisterer lite forskning på terapeuters opplevelser av behandling av personer med seksuell interesse for barn. De studiene som finnes har utforsket opplevelser med å jobbe med personer dømt for seksuelle overgrep, uten å spesifisere hvorvidt offeret er voksen eller barn. Gitt den stigmatiserte naturen av seksuell interesse for prepubertale barn kan en forvente utfordringer i å skulle bygge en robust allianse mellom terapeut og pasient. Denne studien utforsker norske psykologers opplevelser med å skulle forholde seg empatisk og ikke-dømmende i behandling av personer med seksuell interesse for barn.

Metode: Vi undersøkte erfaringene til fem psykologer fra ulike behandlingsmiljøer i Norge som jobber med personer med seksuell interesse for barn gjennom kvalitative semistrukturerte dybdeintervjuer. Intervjuene ble analysert ved bruk av fenomenologisk-hermeneutisk tematisk analyse.

Resultater: De fire temaene som ble identifisert er (1) Å se personen bak den seksuelle interessen, (2) Når terapeutens følelser utfordrer empatien, med undertemaene (2a) Sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep og (2b) Håndtering av aversive reaksjoner, (3) Å balansere ulike deler av seg selv: Jeget som terapeut og jeget som privatperson og (4) Konkrete strategier for å ivareta seg selv.

Konklusjon: Respondentene beskriver utfordringer knyttet til å forholde seg empatisk og ikke-dømmende overfor pasientene, men opplever likevel alliansebygging som meningsfylt, belønnende og naturlig. Respondentene opplever det som mindre utfordrende å være empatisk og ikke-dømmende i møte pasienter som oppsøker forebyggende behandling uten å ha begått overgrep.

Nøkkelord: Seksuell interesse for barn, terapeutisk allianse, empati, kvalitativ forskning.

Forord

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt til denne oppgaven. Først vil vi takke respondentene våre som alle har delt åpent om sine personlige opplevelser og om vanskelige situasjoner i sin arbeidshverdag. Uten dere ville ikke denne oppgaven blitt til.

Vi vil også takke vår veileder Ulvhild for å alltid ha vært tilgjengelig for oss og gitt oss god veiledning. Du har gjennomgående vært tydelig om dine forventninger og gitt oss realistiske delmål under hele prosessen. Vi har satt dine tilbakemeldinger høyt, og ble veldig rolige da du sa at dette kan leveres.

Til slutt vil vi vie en stor takk til vår biveileder John Nikolaisen. Vi har satt stor pris på all hjelp med både å finne respondenter, og at du har tatt tid ut av din hektiske hverdag for å veilede oss, også utenfor arbeidstiden din. Dine gode faglige tilbakemeldinger har gitt mye til denne oppgaven.

Bergen, desember 2021,

Ida Giske og Espen Antonsen

Innholdsfortegnelse

Introduksjon.....	8
<i>Den terapeutiske alliansen.....</i>	<i>8</i>
<i>Relasjonsutfordringer i behandling av personer som har begått seksuallovbrudd.....</i>	<i>11</i>
<i>Målsetting for oppgaven.....</i>	<i>13</i>
Metode.....	14
<i>Metodisk tilnærming.....</i>	<i>14</i>
<i>Utvalgsstrategi og rekruttering.....</i>	<i>15</i>
<i>Om respondentene.....</i>	<i>15</i>
<i>Intervjuene.....</i>	<i>16</i>
<i>Analyse.....</i>	<i>17</i>
<i>Refleksivitet.....</i>	<i>18</i>
<i>Etiske hensyn.....</i>	<i>20</i>
Resultater.....	21
1) <i>Å se personen bak den seksuelle interessen.....</i>	<i>22</i>
2) <i>Når terapeutens følelser utfordrer empatien.....</i>	<i>25</i>
2a) <i>Sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep.....</i>	<i>26</i>
2b) <i>Håndtering av aversive reaksjoner.....</i>	<i>29</i>
3) <i>Å balansere ulike deler av selvet: jeget som terapeut og jeget som privatperson...31</i>	<i>31</i>
4) <i>Konkrete strategier for å ivareta seg selv.....</i>	<i>36</i>
Diskusjon.....	39
<i>Å se personen bak den seksuelle interessen.....</i>	<i>39</i>
<i>Når terapeutens følelser utfordrer empatien.....</i>	<i>42</i>
<i>Å balansere ulike deler av seg selv: Jeget som terapeut og jeget som privatperson.....</i>	<i>44</i>

<i>Konkrete strategier for å ivareta seg selv.....</i>	<i>46</i>
<i>Forutsetninger for allianse med personer med seksuell interesse for barn.....</i>	<i>48</i>
Terapeutens modenhet.....	49
Egenskaper hos pasienten.....	51
Den terapeutiske alliansen er et samspill.....	53
<i>Implikasjoner.....</i>	<i>54</i>
Implikasjoner for forskning.....	54
Implikasjoner for praksis.....	55
<i>Begrensninger med denne studien.....</i>	<i>55</i>
Konklusjon.....	57
Litteraturliste.....	59
Appendiks A: Intervjuguide.....	69
Appendiks B: Figur med oversikt over temaer.....	71
Appendiks C: Tabell for temaer og tilhørende koder.....	72

Introduksjon

Å møte en person som har seksuell interesse for barn i terapi kan skape sterke reaksjoner hos terapeuten (Høiland, 2018) og utfordre terapeutens evne til å være empatisk og bygge relasjon. Terapeuter som jobber med personer med seksuell interesse for barn har som oppgave å forebygge seksuelle overgrep (Helsedirektoratet, 2020), noe som fører med seg et stort samfunnsansvar for terapeuten. Helsedirektoratet (2020) har utviklet nasjonale faglige råd for behandling av personer med seksuell interesse for barn, som blant annet vektlegger at terapeutene bør møte pasientene på en ikke-dømmende og ivaretakende måte. Rådene er basert på studier som viser at personer med seksuell interesse for barn kan oppleve negativ kommunikasjon med helsepersonell som øker risikoen for avbrudd i behandlingen (Cantor & McPhail, 2016; Levenson et al., 2017, sitert fra Helsedirektoratet, 2020). En annen studie har funnet at stigmatiserte grupper kan unngå behandling av frykt for fordømmelse (Pattyn et al, 2014).

Helsedirektoratet skriver i sine råd at terapeuter bør møte pasienter med seksuell interesse for barn “på en måte som gir optimale forutsetninger for en tillitsbasert relasjon”. Bakgrunnen for rådet om å oppnå en tillitsfull relasjon er forskning på den terapeutiske alliansen, da terapeutisk allianse er demonstrert å være en av de mest konsistente og sterkeste prediktorene for behandlingseffekt (Horvath & Symonds, 1991 og Martin, Garske & Davis, 2000).

Den terapeutiske alliansen

Opphavet til alliansetenking kommer fra Sigmund Freud (1912), som mente at båndet mellom terapeut og pasient er det som holder pasienten i terapi, hjelper mot tvil og fremmer samarbeid. Bordin (1979) utviklet den mest omfattende teorien om terapeutisk allianse, og delte den inn i tre deler: Enighet om mål for terapien, oppgavene til pasient og terapeut og båndet mellom dem. Målene for terapien vil defineres av hvilket teoretiske perspektiv som

anvendes, hvor Bordin (1979) sammenlignet psykoanalysens fokus på å endre tenking, følelser og atferd på tvers av situasjoner og atferdsterapiens fokus på spesifikke områder av personens liv. Sentrale oppgaver for terapeuten er empatisk forståelse av pasienten, god kommunikasjon og tolkning. Både målene for terapien og samarbeidet mellom pasient og terapeut er avhengig av det emosjonelle båndet mellom terapeuten og pasienten. Terapi handler om indre erfaringer hos pasienten, og det utvikles et bånd preget av tillit og tilknytning (Bordin, 1979).

Carl Rogers (1951) er opphavsmannen til klientsentrert behandling, som vektlegger relasjonen mellom pasient og terapeut. Rogers postulerte seks prinsipper som terapeuter bør følge for å skape et miljø som fremmer endring. Prinsippene innebærer å akseptere at pasienten selv er ansvarlig for sine handlinger, har et indre ønske om å modnes, bli sosialt tilpasset, uavhengig og produktiv. Videre må terapeuten skape et varmt miljø med aksept for pasientens holdninger, uavhengig av hvor ukonvensjonelle eller absurde de er. Pasientens følelser eller holdninger må ikke begrenses, og terapeuten skal tilstrebe dyp forståelse av pasienten (Rogers, 1951). I prinsippene ligger det at terapeuten ikke skal legge føringer for hvordan pasienten skal utvikle og endre seg, samt empatisk inntone seg mot pasientens virkelighet. Den aksepterende og empatiske inntoning til pasientene som Rogers fokuserer på, kan forstås som et ideal for terapeutens relasjonelle tilnærming til pasienten.

Martha Stark (2000) argumenterer for at terapeuten selv i stor grad vil påvirke og forme den terapeutiske alliansen. Hun postulerer at det finnes ulike nivåer av terapeutiske handlinger i terapi. I det første nivået er terapeuten en observatør som distanserer seg fra relasjonen til pasienten. Terapeuten identifiserer mønstre i pasientens atferd, danner seg hypoteser og kommer med fortolkninger. I dette nivået anses den terapeutiske alliansen som en forutsetning for god behandling. Det andre nivået innebærer at terapeuten tilpasser seg empatisk og resonnerer med pasientens opplevelse. I det andre nivået er terapeutens

empatiske innlevelse ansett som et virkemiddel for at pasienten skal føle seg trygg nok til å reflektere rundt egen opplevelse. I det siste nivået av terapeutisk handling vil terapeuten være opptatt av hva som skjer her og nå med pasienten. Terapeuten anerkjenner at begge bringer noe til relasjonen og deres innvirkning på hverandre. I det tredje nivået vil relasjonen mellom terapeut og pasient i seg selv fungere terapeutisk (Stark, 2000).

Ross, Polaschek og Ward (2008) stipulerer at, selv om de generelle faktorene for en god terapeutisk allianse er liknende i alle typer konvensjonell terapi, vil utfordringer med å danne en terapeutisk allianse med personer med en domfellelse fordre en ny tenking rundt alliansebegrepet. I deres reviderte teori om den terapeutiske alliansen foreslår artikkelforfatterne et større fokus på egenskaper hos terapeuten og pasienten, samt interaksjonen mellom disse. Den reviderte alliansemodellen vektlegger terapeutens og pasientens personlighet, generelle interpersonlige tillit og tilknytning. Det argumenteres for at tilknytning og interpersonlige ferdigheter vil være viktig for pasientens generelle tillit til terapeuten og evnen til å skape en robust allianse.

I lys av Helsedirektoratets råd (2020), Bordin (1979), Rogers (1951) og Stark (2000) sine teorier, samt forskning på effekten av den terapeutiske alliansen (Horvath & Symonds, 1991; Garske & Davis, 2000) kan empati og en ikke-dømmende holdning sies å være sentrale terapeutoppgaver i behandling av personer med seksuell interesse for barn. En god terapeutisk allianse er nødvendig for behandlingseffekt, også for personer som går i behandling på grunn av seksuell interesse for barn (Norbury-Jaranson, 2016; Blasko, Serran & Abracen, 2018). Empatisk inntoning og en ikke-dømmende holdning er terapeutferdigheter som beskrives som essensielle byggesteiner for den terapeutiske alliansen (Nienhuis et al, 2018). Marshall og Marshall (2015) konkluderer i en gjennomgang av behandling for avvikende seksuelle interesser at effektive programmer har til felles at de administreres med varme og empati. Cooper og Holgersen (2016) intervjuet personer dømt for seksuelle overgrep mot barn om hva

som var viktig for dem i terapi, hvor informantene trakk frem at det tok lang tid før de følte seg trygge, og at de var spesielt sensitive til kritikk etter å ha delt av sine egne opplevelser. Marshall og Marshall (2015) og Cooper og Holgersen (2016) sine funn viser til viktigheten av å møte personer med seksuell interesse for barn med empati og en ikke-dømmende holdning, da det er en gruppe som er sensitive til avvising.

Relasjonsutfordringer i behandling av personer som har begått seksuallovbrudd

Det er funnet en rekke utfordringer knyttet til alliansebygging med personer dømt for seksuallovbrudd. Dowling, Hodge og Withers (2018) intervjuet 11 behandlere for personer i tvungen behandling etter domfellelse for overgrep og rapporterte utfordringer i å skape en terapeutisk allianse med dem. Sandhu et al. (2012) fant at terapeuter som jobbet med evnemessig svakerestilte personer dømt for overgrep hadde problemer med å oppleve og opprettholde empati for sine pasienter. Farrenkopf (1992) intervjuet 24 terapeuter for personer dømt for seksuelle overgrep og fant at over halvparten opplevde sinne mot pasientene, kynisme og en trang til å konfrontere, mens en fjerdedel rapporterte utbrenthet.

Det kan være ulike forklaringer på hvorfor alliansebygging med personer som har begått seksuallovbrudd kan være utfordrende, for eksempel faktorer ved pasienten og terapeuten. Det er funnet at personer med en domfellelse kan ha manglende tillit til autoritetsfigurer (Marshall & Serran, 2004), noe som kan vanskeliggjøre en trygg og samarbeidende terapeutisk allianse. Howitt og Sheldon (2007) trekker frem at kognitive forvrengninger er nødvendige for at personer skal klare å utføre seksuelle overgrep mot barn. Kognitive forvrengninger hos personer som har begått overgrep defineres som holdninger som rettferdiggjør, minimerer og rasjonaliserer deres handlinger (Murphy, 1990). Personer som har begått overgrep kan dermed ta i bruk mentale teknikker som motvirker målet for terapien, som er å forebygge nye overgrep. Passive og tilbaketrukne pasienter og manglende felles fokus er faktorer som er funnet å utfordre alliansen mellom terapeut og pasient (Stige et

al., 2019). Ettersom kognitive forvrengninger virker å være vanlig hos personer som har begått overgrep mot barn (Ward et al., 1997) kan dette være en utfordring til alliansen som terapeuter ofte kan møte på.

En annen forklaring på hvorfor alliansebygging med pasienter som har begått seksuallovbrudd kan være utfordrende, kan være at arbeidet er spesielt krevende for terapeuten. Det er funnet en rekke maladaptive responser hos terapeuter som arbeider med personer som har begått seksuelle overgrep: Terapeuter rapporterer økt engstelig aktivering i og utenfor timene, økt følelse av depresjon og kynisme, økt irritabilitet og frustrasjon, tap av seksuell interesse, samt redusert evne til emosjonell regulering (Moulden & Firestone, 2010). Det er vist høyere grad av sekundærtraumatisering hos terapeuter som jobber med personer som har begått overgrep, i form av økt irritabilitet, konfrontasjon og avflatede følelser (Farrenkopf, 1992). Aversive reaksjoner hos terapeuten vil gjøre det vanskeligere å utvise forståelse, empati og en ikke-dømmende holdning (Farrenkopf, 1992; Sandhu et al, 2012; Dowling, Hodge & Withers, 2018). Det er funnet at rapporterte symptomer av sekundærtraumatisering hos terapeuter er negativt korrelert med grad av opplevd terapeutisk allianse (Carmel & Friedlander, 2009).

Likevel finner noen kvalitative studier at terapeuter opplever å mestre arbeidet med personer som har begått seksuelle overgrep (Polson & McCullom, 1995; Scheela, 2001; Slater & Lambie, 2010; Carpenter, 2018; Bach & Demuth, 2019). Scheela (2001) og Carpenter (2018) har utforsket terapeuters opplevelser med å jobbe med personer dømt for seksuallovbrudd. Scheela rapporterer at informantene opplever sitt arbeid som givende nettopp fordi det er utfordrende, mens Carpenter konkluderer med at terapeutene har et bredt spekter av strategier som hjelper dem å opprettholde empati for personer som har begått seksuelle overgrep. Bach og Demuth (2019), Slater og Lambie (2010) og Polson og McCullom (1995) har gjort kvalitative studier på terapeuters opplevelser i arbeidet med

personer som har utført overgrep mot barn. I studiene er det funnet at terapeuter opplever sitt arbeid givende, og både Bach og Demuth og Polson og McCullom trekker frem at dette er overraskende resultater gitt forskning som viser økt utbrenthet og sekundærtraumatisering (Baird & Jenkins, 2003; Moulden & Firestone, 2010; Butler, Carello & Maguin, 2017; Levenson, Grady & Morin, 2020).

En årsak til at forskjellige studier rapporterer ulike resultater kan være at de fokuserer på ulike aspekter ved det terapeutiske arbeidet. Slater og Lambie (2010) peker på at den forskningen som eksisterer på arbeid med personer som har begått seksuallovbrudd har fokusert på negative effekter av arbeidet, noe som kan forklare hvordan noen studier finner flere utfordringer i arbeidet.

I forskningslitteraturen er det et stort omfang av artikler på temaet “sex offender therapy”, hvor pasientgruppen som terapeutene arbeider med defineres av seksuallovbruddet, fremfor den eventuelle seksuelle interessen bak handlingen. Eksempelvis spesifiseres det ikke i Scheela (2001) og Carpenter (2018) sine studier om overgrepet er begått mot voksne eller mot barn, slik at opplevelsene knyttet til arbeid med de ulike pasientgruppene sidestilles i studiene deres. Slater og Lambie (2010) og Bach og Demuth (2018) hevder at det eksisterer lite kunnskap om hvordan det er for terapeuten å arbeide med personer med seksuell interesse for barn. Bach og Demuth (2018) forklarer manglende forskning på temaet med at studier fokuserer på offeret, på personen som har begått overgrep eller på behandlingseffekt, og at det er viet lite oppmerksomhet til hjelperens rolle og prosessen ved å gjennomføre slik terapi.

Målsetting for oppgaven

Denne oppgaven har som mål å undersøke terapeuters opplevelser med å bygge allianse med personer med seksuell interesse for barn. I tråd med rådene fra Helsedirektoratet, vektlegges det i dag en ikke-dømmende og ivaretagende tilnærming til arbeidet. I lys av de ovennevnte studiene på seksuallovbrudd som viser hvor belastende dette arbeidet kan være

for terapeuten, ønsker vi å undersøke hvordan norske psykologer opplever dette kravet om å skulle være ikke-dømmende og ivaretakende i møte med pasientene. Forskningsspørsmålet vi har valgt er *Hvordan opplever terapeuter å skulle forholde seg empatisk og ikke-dømmende i møte med personer med seksuell interesse for barn?* Vi har valgt å undersøke empati da dette er en sentral terapeutisk oppgave for alliansebygging (Bordin, 1979; Rogers, 1951) og ikke-dømmende holdning da dette eksplisitt påpekes i rådene fra Helsedirektoratet.

Metode

Metodisk tilnærming

Vårt forskningsspørsmål retter søkelyset mot opplevelsesbaserte aspekter ved behandlingen, fra terapeutens ståsted. Kvalitativ metode er egnet til å gjennomføre dette prosjektet, da det gir respondenten mulighet til å fritt trekke frem sin opplevelse. Vi har valgt tematisk analyse som metodisk tilnærming, hvor vi har gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer av norske psykologer. Tematisk analyse innebærer å finne svar på problemstillingen ved å identifisere, analysere og rapportere felles temaer i respondentenes utsagn (Braun & Clarke, 2006). Vårt teoretiske standpunkt er fenomenologisk-hermeneutisk. Fenomenologi i kvalitativ forskning er et begrep hvor sosiale fenomener forstås ut fra aktørens perspektiv, og beskriver verden slik den oppleves for informanten. Fenomenologi antar av virkeligheten er den menneskene oppfatter, noe som gir menneskets hverdagserfaringer en særskilt posisjon (Kvale & Brinkmann, 2019 s. 44-45). Hermeneutisk teori vektlegger at informasjonen som gis ikke er rene skildringer av en objektiv virkelighet som forskeren skal finne, men gir rom for ulike tolkninger som kan argumenteres for. Analyse basert på hermeneutisk teori innebærer at utsagnets meningsinnhold ikke alltid er uttrykt direkte, men at det blir forskerens oppgave å finne den latente meningen (Kvale og Brinkmann, 2019 s. 238-239).

Utvalgsstrategi og rekruttering

Ettersom vi undersøker en pasientgruppe med en spesialisert problematikk, har vi benyttet strategisk utvalg. Vi fikk en liste med mulige kontaktpersoner fra de ulike fagmiljøene i Norge av vår biveileder. Dette kalles “snøballmetoden” (Noy, 2008). Grunnen til denne utvalgsstrategien er at vi undersøker erfaringer med å være empatisk og ikke-dømmende hos terapeuter som primært jobber med personer med seksuell interesse for barn, samtidig som vi ønsker flere perspektiver for å fange opp et variert spekter av opplevelse fra ulike behandlingsmiljøer. Beslutningen om en bredere tilnærming som inkluderer respondenter fra ulike behandlingssteder kan tenkes å gjøre det lettere å belyse temaer for videre forskning.

Rekrutteringen til denne studien ble foretatt i slutten av juli og starten av august 2021. Respondentene ble rekruttert gjennom e-poster med informasjon om studien og invitasjon til å delta. Vi sendte fem e-poster til kontaktpersoner, og fikk svar fra fire av dem. To av respondentene ble direkte rekruttert på denne måten. En av disse delte invitasjonen med en kollega som tok kontakt med oss. To av kontaktpersonene var enhetsledere i ulike fagmiljøer, som videresendte invitasjonen til to hver av sine ansatte. To ansatte tok kontakt med oss og ble inkludert i studien.

Om respondentene

Det er fem respondenter med ulik mengde erfaring med pasientgruppen, fra ett år til over 20 år. Inklusjonskriteriene for denne studien var at personen 1) er praktiserende psykolog i Norge, og 2) jobber eller har jobbet med personer som har seksuell interesse for prepubertale barn. Respondentene kommer fra ulike terapeutiske tradisjoner, og fra ulike nivåer i hjelpeapparatet. De arbeider eller har tidligere arbeidet i førstelinjetjenesten i lavterskeltilbud, i private tjenester eller i behandlingstilbud for innsatte i fengsler. Alle respondentene har erfaring med pasienter som ikke har begått overgrep, og noen har også erfaring med pasienter

som er dømt for overgrep.

Intervjuene

Kvalitative intervjuer ble gjennomført i august og september 2021 via Zoom, da reiserestriksjoner grunnet Covid-19 vanskeliggjorde fysiske intervjuer. Vi befant oss på dette tidspunktet i forskjellige byer, og valgte å gjennomføre alle intervjuene på samme måte for å unngå ulike resultater. Samtalen ble tatt opp gjennom Zoom sin egen opptaksfunksjon og via lydopptak på privat mobil. Opptakene ble brukt til transkribering og deretter slettet.

Før intervjuene startet, ble respondentene informert om formålet med studien, forskningsspørsmålet, om anonymisering og hvordan informasjonen som skulle samles inn ville bli brukt. Det ble presisert at studien søker å undersøke respondentenes erfaringer med personer med seksuell interesse for barn, og at dette vil ekskludere erfaringer med personer dømt for overgrep av andre årsaker enn seksuell interesse for barn. Respondentene ble også informert om sin rett til innsyn i transkriberingen, rett til å trekke seg under hele prosessen og rett til å få data slettet frem til innlevert oppgave. Intervjuene ble foretatt i semistrukturert format for å kunne fange opp respondentenes egen opplevelse. Respondentene ble oppfordret til å beskrive sin opplevelse slik den er for dem, med fokus på at ingen svar er riktige eller gale. I et semistrukturert dybdeintervju er overordnede temaer for samtalen bestemt på forhånd, men det åpnes opp for at respondentene selv kan trekke frem elementer som er viktige for dem, og intervjueren kan stille oppfølgingsspørsmål der dette er relevant (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuguiden vår besto av to overordnede spørsmålskategorier. Kategoriene var (1) Spørsmål rettet mot opplevelse i behandling og (2) Spørsmål rettet mot holdninger. I tillegg til disse hadde vi fem åpningsspørsmål som ga oss informasjon om respondentens erfaring og arbeidssted, samt et spørsmål om deres forhold til alliansebegrepet. Alle de tre kategoriene inneholdt mellom to og fire åpne spørsmål, hvor noen spørsmål inkluderer eventuelle

oppfølgingsspørsmål. Til sammen inneholder intervjuguiden 13 spørsmål. Intervjuguiden kan sees i sin helhet under Appendiks A.

Analyse

Vi har brukt en kategoribasert analysestrategi for vår tematiske analyse. En kategoribasert analysestrategi innebærer å identifisere kategorier i dataene som fremstår vanlige eller betydningsfulle, både for respondentene og for problemstillingen (Skilbrei, 2019 s. 181). For å redusere omfanget av tekst og systematisere data, ble materialet kodet ved hjelp av programmet QSR NVivo 12, utgitt i 2020.

Den tematiske analysen består av seks faser (Braun & Clarke, 2006). Den første fasen innebærer å gjøre seg kjent med dataene ved å transkribere intervjuene og å lese gjennom dem. I neste fase ble koder identifisert, før vi begynte å lete etter mulige temaer. Temaene ble bestemt etter hvorvidt de var relevante og hvor godt de besvarte forskningsspørsmålet. I den femte fasen ble temaene som skulle inkluderes i analysen definert og slutført. I siste fase av den tematiske analysen begynte arbeidet med å rapportere funnene.

Hele intervju 1, 2 og 3 ble kodet i ulike enheter som reflekterte intervjuguiden. Det ble også laget koder for innhold som fremsto meningsfullt for å besvare forskningsspørsmålet. Intervju 4 og 5 ble lagt inn i de eksisterende enhetene der de hadde liknende meningsinnhold som en eksisterende kode, eller i nye koder dersom det var innhold med nytt meningsinnhold enn de eksisterende kodene, og som virket relevant for forskningsspørsmålet eller oppgaven. Kodene “beskrivelse av informantene” og “om jobben” ble eksempelvis ikke ansett som relevant for analysen, men som relevant for metodedelen av oppgaven. Totalt kom vi frem til 18 koder, som deretter ble redusert til tre kategorier eller “sets”, basert på overlappende meningsinnhold og relevans til forskningsspørsmålet. Kategoriene var “Reaksjoner”, “Se hele mennesket” og “Selvivaretakelse”. Vi brukte et felles tekstdokument for å skrive ned fellestrekk ved opplevelsene som kom frem i de tre kategoriene og temaer som fremsto

spesielt viktig for respondentene. Deretter vurderte vi temaene opp mot forskningsspørsmålet og diskuterte eventuelle navn, hva meningsinnholdet kunne si noe om, og likheter og forskjeller i meningsinnholdet. Ved hjelp av denne analysestrategien kom vi frem til fire temaer (Appendiks B). Vi drøftet også flere andre temaer enn de fire vi endte opp med, eksempelvis var ulikheter som kunne knyttes til terapeutenes erfaring et tema vi diskuterte. Det ble imidlertid besluttet at terapeutenes erfaring var for lite vektlagt av respondentene selv, og temaet ble vurdert som for generelt til å ta form som et helhetlig og adskilt tema i vår analyse. Forskjellene i erfaring ble derfor i stedet inkludert som utdypende informasjon i analysen.

Refleksivitet

For at meningsinnholdet som tolkes gjennom analysen skal være gyldig er det viktig at forskeren er bevisst på og reflekterer rundt hvilke forutsetninger ved seg selv og ved studiens utforming som kan påvirke resultatene (Finlay, 2002). Wilkinson (1988) deler refleksivitet inn i personlig, funksjonell og disiplinær. Personlig refleksivitet omhandler hvordan vår identitet som privatpersoner kan påvirke konseptene som skapes gjennom studien (Wilkinson, 1988). Prosjektet startet med nysgjerrighet og interesse for fagfeltet seksualitet og seksuelle avvik. Vi opplever begge å bli motivert til å lære mer om fenomener som er utfordrende å forstå, og av denne grunn finner vi fenomenet seksuell interesse for barn spesielt interessant. Samtidig opplever vi at det har vært mangelfull undervisning om seksualitet og seksuelle avvik på profesjonsstudiet i psykologi, og sitter igjen med lite kunnskap om hvordan vi som helsepersonell kan nærme oss dette temaet hos fremtidige pasienter. Vi ønsket derfor å bruke denne oppgaven til å lære mer om hvordan det er å være terapeut for personer med seksuelle avvik.

Funksjonell refleksivitet referer til hvordan forskerens verdier, forutsetninger og rolle i samfunnet former studien, og hvordan formen på studien virker inn på de konseptene og den

kunnskapen som skapes (Wilkinson, 1988). Vår rolle som psykologstudenter som intervjuer psykologer kan ha fungert som et virkemiddel for å forstå materialet, hvor vi i kraft av vår felles utdanning kan sies å snakke det samme språket som respondentene. Som psykologstudenter har vi egne opplevelser med å være terapeut, noe som tillater en dypere forståelse av respondentene. Overlappende roller med respondentene kan imidlertid hindre at forskeren ser alle deler av materialet tydelig dersom forskeren i for stor grad vektlegger situasjoner eller uttalelser fra sitt eget ståsted (Skilbrei, 2019, s 41). Våre tolkninger av respondentenes opplevelser vil være preget av våre egne antakelser av terapeutrollen basert på de erfaringer vi har med oss. I analyseprosessen la vi merke til at deler av materialet kunne minne om våre egne erfaringer med pasienter, hvor vi forsøkte å holde erfaringene adskilt fra analysen gjennom å diskutere med hverandre om forskjellen på egne opplevelser og respondentenes uttalelser. Vi har ikke erfaring med å være terapeut for personer med seksuell interesse for barn, og kunne derfor stille oss åpne og nysgjerrige til å forstå hvordan denne terapeutrollen oppleves.

Disiplinær refleksivitet omhandler hvordan konteksten oppgaven er skrevet i former studiens retning og form (Wilkinson, 1988). Personer med seksuell interesse for barn er en stigmatisert gruppe i samfunnet (Jahnke, Imhoff & Hoyer, 2015). Stigma mot pasientgruppen finner man også i helsevesenet: Klinikere rapporterer motvilje mot personer med seksuell interesse for barn og manglende tro på endring (Stiels-Glenn, 2010; Jahnke, Philipp & Hoyer, 2015; Levenson & Grady, 2019). Carpenter (2018) fant at terapeuter som jobber med personer med seksuell interesse for barn opplever mer motgang fra fagfeller enn det andre fagområder gjør. Stigmaet som de ovennevnte studiene viser til kan tenkes å påvirke hvilken forskning som utføres på personer med seksuell interesse for barn, og på terapeutene som behandler dem. Studier vi har funnet på terapeuters opplevelser med arbeid med personer med seksuell interesse for barn har i stor grad fokusert på negative effekter av arbeidet, som

utfordringer til alliansen (Sandhu et al., 2012; Dowling, Hodge & Withers, 2018) eller aversive reaksjoner hos terapeutene (Farrenkopf, 1992; Moulden & Firestone, 2010; Carpenter, 2018).

Stigma mot behandling av pasientgruppen og tidligere forskning på temaet kan ha påvirket denne oppgavens forskningsspørsmål, intervjuguide og analyse. Et eksempel på påvirkningen er at vi tenkte oss i forkant av studien at det kan være utfordrende å være empatisk og ikke-dømmende overfor personer med seksuell interesse for barn. Basert på antakelsen om alliansebygging med pasientgruppen som utfordrende valgte vi et forskningsspørsmål som undersøker terapeuters opplevelse med å være empatisk og ikke-dømmende. Antakelsen ga også retning til hvilke spørsmål vi valgte å ta med i intervjuguiden, hvor flere av spørsmålene retter seg mot utfordringer i behandlingen, eksempelvis "Kan du beskrive en situasjon der du synes det var spesielt vanskelig å være terapeut for denne gruppen?". For å åpne opp for at respondentenes opplevelser kunne være noe annet enn vår antakelse, var vi bevisste på å stille åpne oppfølgingsspørsmål, eksempelvis "Hvordan var det for deg?". Vi la imidlertid merke til på et senere punkt i prosessen at vi noen steder hadde vinklet våre tolkninger i analysen mot det som bekreftet våre antakelser om at vi ville finne utfordringer. Av denne grunn valgte vi å revidere analysen med bevissthet om å også lete etter forståelser av datagrunnlaget som avkreftet våre antakelser. I den siste versjonen av analysen fant vi færre utfordringer til alliansebygging med personer med seksuell interesse for barn, og inkluderte mer positive omtaler av pasientgruppen.

Etiske hensyn

Da forskningsspørsmålet fordrer intervjuer med terapeuters opplevelser i sitt yrke, ble det vurdert at fremgangsmåten ikke faller under helseforskningsloven og med dette at det ikke var behov for etisk godkjenning fra Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK). Vi har likevel forholdt oss til Helsinki-konvensjonen og vært svært

strenge i henhold til etiske retningslinjer og personvern (WMA, 2018).

Ettersom utvalget vårt er en liten spesialisert gruppe i det norske behandlingsmiljøet, vil det være lettere å identifisere respondentene enn ved andre typer utvalg fra mindre spesialiserte behandlingsformer. For å sikre konfidensialitet ble kjønn og demografisk informasjon anonymisert, i tillegg til personsensitive opplysninger. En strategi for å opprettholde konfidensialiteten var å endre “han” og “hun” til “hen”. Av konfidensialitetshensyn har vi også valgt å ikke påpeke hvilke sitater de ulike respondentene hadde.

Fokuset for studien har vært psykologer og deres opplevelser. Dette ble gjenspeilet i informasjonen vi ga til respondentene, spørsmålene i intervjuguiden, transkripsjonene våre og hvordan vi formulerte resultatene. På grunn av dette fokuset på behandlerne vil det ikke kunne identifiseres pasienter i noen deler av forskningsprosessen. Der spesifikke situasjoner med pasienter ble inkludert i analysen, ble situasjonen beskrevet med større analytisk distanse slik at meningsinnholdet ble beholdt men personidentifiserende opplysninger kunne anonymiseres.

Resultater

Ut fra transkripsjonene ble det identifisert 23 koder (Appendiks C). Fem av disse kodene ble ikke inkludert i analysen grunnet manglende relevans for problemstillingen, eller at sitatene ble inkludert i andre koder med større relevans for analysen. Koder som ikke ble inkludert var “Motivasjon for jobben”, “Om jobben”, “Å vise empati”, “Privatlivets innvirkning på terapi” og “Tilnærming til behandling”. De resterende kodene ble kategorisert etter temaer de hadde til felles. Temaene vi kom frem til er (1) Å se personen bak den seksuelle interessen, (2) Når terapeutens følelser utfordrer empatien, med undertemaene (2a) Sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep og (2b) Håndtering av aversive reaksjoner, (3)

Å balansere ulike deler av seg selv: Jeget som terapeut og jeget som privatperson, og (4)
Konkrete strategier for å ivareta seg selv (Appendiks B).

1) Å se personen bak den seksuelle interessen

Det første temaet vi har identifisert handler om hvilken holdning respondentene uttrykte at de møter pasientene sine med. I intervjuene var alle fem respondenter opptatt av at det er hele mennesker de møter. Respondentene forholder seg til og inntoner seg på personen bak de seksuelle følelsene for barn, og på denne personens opplevelse. Alle respondentene fortalte at de er opptatt av å hjelpe pasienten til å få det bedre, og at de forsøker å jobbe mot å utforske og forstå hvordan pasientene har endt opp slik de er i dag. Respondentene forsøker å forstå personen de sitter overfor og på den måten innta en ikke-dømmende holdning i møte med pasientene. En respondent beskrev hvordan hen forsøker å møte pasientene med nysgjerrighet om hvem de er:

Hva er dine problemer, og hvorfor er de sånn? Altså å prøve å forstå ut fra den personen. Jeg synes ofte det gir veldig mye mening. Når folk forteller sin historie så forstår du hvorfor de er der de er på en måte.

Respondenten opplever det meningsfullt å lytte til pasientenes historier slik pasienten selv forteller den. En annen respondent fortalte om hvordan vedkommende forstår pasientenes utvikling av seksuell interesse for barn:

De føler seg utilstrekkelige, skamfulle.. udugelige eller.. eller hjelpeløse, som gjør at de har utviklet en tiltrekning til barn. Fordi barn har vekket en tenning som ikke er knyttet til angst, usikkerhet, skam.. på samme måte som voksne [har].

Respondentens forståelse av en seksuell skjevutvikling reflekterer en holdning som tydeliggjør og anerkjenner det sårbare mennesket. Respondenten beskrev også et ønske om å oppfylle grunnleggende tilknytningsbehov hos pasientene sine, ved å gi dem gode relasjonelle

erfaringer med voksne gjennom terapien. Samtidig fortalte respondenten om hvordan relasjonen også har vært viktig for egen trivsel i møte med pasientene:

Jeg tenker at.. den relasjonen man kan få til veldig mange av dem, er i seg selv nok til at de slutter med det [...] Jeg trives godt med å møte disse pasientene, fordi jeg synes jeg har fått en god relasjon til så og si samtlige. Det vil si at, ja, jeg synes det er fint å jobbe med dem.

Denne respondenten beskrev opplevelser ut fra arbeid med personer som har begått overgrep mot barn. I lys av disse erfaringene, opplever respondenten at en god relasjon er en forutsetning for å trives som terapeut for personer med seksuell interesse for barn. Dette kan sees i sammenheng med respondentens opplevelser av relasjonen som endringsfremmende. Respondenten mener at en trygg relasjon til terapeuten med rom for gode emosjonelle erfaringer er det som skaper endring i pasientenes seksualitet, som vil gjøre at pasientene “slutter med” å forgripe seg på barn. I et slikt perspektiv på endring, vil terapeutens empati og ikke-dømming få en særskilt posisjon.

En av respondentene våre trakk frem en bevisst strategi vedkommende bruker for å sikre sin egen empati overfor personer som har seksuell interesse for barn. Strategien handler om å aktivt tenke på personens sårbare sider og vonde opplevelser, for å ivareta sin egen empati og “som en måte å etablere en empatisk kontakt eller allianse”. Respondenten kalte dette for “aktiv empati”, et begrep utviklet av Thore Langfeldt (Halvorsen, 2011).

Det man hele tiden må sørge for, det er å ha kontakt med.. den smerten.. de krenkelsene som pasienten selv har opplevd. [...] Det har alltid vært en rettesnor for meg, da. Sørg for å få kontakt med mennesket du sitter overfor.

Strategien som respondenten beskriver tillater et fokus på de gjenkjennbare og forståelige opplevelsene til pasienten. Respondenten opplever at strategien kan hjelpe hen med å opprettholde egen empati i møte med pasienter som har begått overgrep mot barn.

Ettersom respondentene har forskjellige foretrukne terapeutiske tradisjoner kan de ha ulike syn på hvordan seksuelle avvik utvikles, og på hva som skaper endring i terapi. En ikke-dømmende holdning til personer med seksuell interesse for barn er likevel tilstede hos alle respondentene, ved at de er nysgjerrige på pasientenes utviklingshistorier og på hva som skaper problemer i livene deres. En respondent beskrev dette på følgende måte:

[Seksuell interesse for barn] gjenspeiler jo noe i oss selv som ikke er på stell. Det er noe som.. ikke fungerer sånn som det skal. Men det går det an å finne ut av, og det går det an å.. i de aller fleste tilfeller, finne måter å håndtere på en annen måte. Og, det du gjør er ikke den du er.

“Det du gjør” refererer i sitatet til seksuelle overgrep mot barn. Respondenten formidler i sitatet ovenfor en holdning som forsøker å finne det gode i en person til tross for personens overgrepshandlinger. Respondenten fortalte også at hen lett får godhet for andre mennesker, og at det skal mye til før det ikke er noe det går an å like i et menneske. Relatert til dette, uttrykte to av respondentene et ønske om å fjerne stigmatiserende merkelapper som “pedofil”, “overgriper” og “seksualforbryter”. Gjennom å endre på språket som brukes for å snakke om personer med seksuell interesse for barn, blir mennesket bak den seksuelle interessen tydeligere.

Alle respondentene fortalte at de stort sett opplever det uproblematisk å snakke med pasientene om deres følelser og seksuelle tiltrekning til barn. Temaet oppleves normalt da det er en del av arbeidsrutinene. En av respondentene sammenlignet kartlegging av seksuelle følelser for barn med å gjøre suicidrisikovurderinger, hvor vedkommende fortalte at det kunne være ubehagelig i starten men at man raskt blir tilvendt. En annen respondent var opptatt av at terapien for personer med seksuell interesse for barn har mange likhetstrekk med andre typer terapi. Respondenten fortalte at samtalene ikke bare handler om seksualitet, men også om andre elementer i personens liv, som hvilke verdier og behov pasienten har. Pasientens

seksuelle følelser beskrives også ofte sammen med vonde følelser som det kan være enklere å få empati for:

Ofte er den følelsen skam og fortvilelse, og avmakt av å måtte ha det sånn. Og da har jeg jo medfølelse med dem. Og kan relatere til.. på en måte sorgen over å ikke være.. være veldig utilpass i sin egen identitet, og å måtte skjule det. Også er det jo ikke noe de har valgt selv.

Denne respondenten forteller ut fra erfaring med pasienter som ikke har begått overgrep og som forteller at de ikke ville klart å gjøre det. Respondenten opplever at pasientene anerkjenner at de har et problem og at den seksuelle interessen ikke er et ønske eller et valg. I lys av disse erfaringene beskriver respondenten medfølelse for pasientens vonde følelser knyttet til en uønsket og tabubelagt seksuell interesse. Respondenten uttrykker en respekt for at pasientene oppsøker behandling for deres seksuelle interesse for barn.

Oppsummert, handler dette temaet om hvordan respondentene forsøker å være ikke-dømmende i møte med pasientene gjennom å fokusere på personen bak den seksuelle interessen. Respondentene er nysgjerrige på pasientenes historier og patologiutvikling og er opptatt av å hjelpe dem til bedring. I møte med pasienter som har begått overgrep, kan fokus på personen handle om å forsøke å finne det gode i mennesket til tross for sine handlinger, mens i møte med pasienter som ikke har begått overgrep kan fokus på personen handle mer om å inntone seg på de vonde følelsene knyttet til den seksuelle interessen.

2) Når terapeutens følelser utfordrer empatien

Under våre intervjuer trakk alle fem respondenter frem opplevelser med aversive følelser i møte med pasienter som kan utfordre empatien de har for pasienten. De mest sentrale aversive følelsene respondentene beskrev blir her forstått som sinne og frykt. De respondentene som opplevde begge typer emosjon, beskrev aktivering av begge typer i de samme situasjonene. Reaksjonene er derfor samlet i undertema 2a) Sinne mot pasienten og

frykt for nye overgrep. Respondentene beskrev også hvordan de opplever å håndtere aversive følelser i møte med pasientene. Dette har vi valgt å samle i undertema 2b) Håndtering av aversive reaksjoner.

2a) Sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep

Sinne ble uttalt direkte av tre respondenter, og indirekte beskrevet av alle respondentene gjennom beskrivelser av kroppslige fornemmelser, ubehag, som en trang til å konfrontere og korrigere eller med ord som “provoserende” og “triggende”. Beskrivelsene uttrykker opplevd frustrasjon eller sinne, hvor respondentene får behov for å irettesette eller konfrontere pasienten med en opplevd urett. I forbindelse med å fortelle om opplevelser vi har tolket som sinne, trakk alle respondentene frem situasjoner hvor pasienter har fraskrevet seg ansvar for egne handlinger i etterkant av overgrep mot barn gjennom å uttrykke holdninger som nedvurderer skaden de har påført barnet. Dette ble beskrevet av respondentene som “bagatellisering” av skadeomfanget, “rasjonalisering” og “kognitive forvrengninger”. En respondent opplever bagatellisering som det vanskeligste med arbeidet:

Jeg synes det er veldig vanskelig å være terapeut for denne målgruppen når de er benektende og bagatelliserende. Og ikke forholder seg til alvoret i det [...] Når jeg kjenner [at det river og røsker i magen] så har jeg det skikkelig kjipt og det er utrolig ubehagelig. Det er det jeg synes er det vanskeligste.. med å jobbe med det.

Respondenten bruker ordene “river og røsker i magen” for å beskrive et sinne over at pasienten ikke anerkjenner alvoret av sine handlinger. En annen respondent fortalte at hen i slike situasjoner reagerer på at pasienten “gir lite uttrykk for de forventede følelser som skam og skyld”. Vi forstår dette som ulike måter å beskrive opplevelsen av sinne mot en pasient som ikke tar ansvar for de skadelige krenkelser han har utsatt andre for.

Tre av fem respondenter fortalte om opplevelser med frykt for nye overgrep i møte med pasienter som beskrives som “høyrisiko” for å begå overgrep eller som har begått

overgrep mot barn tidligere. Fryktreaksjoner ble adressert direkte av alle tre respondenter og ble også nevnt indirekte av respondentene gjennom ord som “urolig”, eller utsagn som “hvis det går galt”, “å sitte hele tiden og vippe på en risiko” og “hvordan skal dette livet leves trygt fremover?”. En respondent beskrev opplevelser med en vanskelig ansvarsfølelse knyttet til frykten for nye overgrep:

Altså, fordi at det.. hvis det går galt her.. hvis ikke de utvikler seg sånn som jeg i hvert fall håper at de skal gjøre så.. så risikerer man å få nye overgrepsutsatte, eller nye.. overgrep da. Og det er et ansvar jeg kjenner har vært belastende.

Respondenten opplever et ansvar for at pasienten oppnår ønsket endring. Fryktreaksjonen kan således sees som en konsekvens av det opplevde ansvaret for å forhindre at pasienten begår overgrep.

Respondentenes fryktreaksjoner ble omtalt da de fortalte om de samme situasjonene som utløser sinne: Når respondentene opplever at pasientene ikke tar ansvar for egne krenkelser overfor andre. En respondent beskrev opplevelser av både sinne, frykt og tristhet knyttet til dette:

Det som kan trigge meg litt mer kanskje, er [når pasienter snakker om] overskridelser de har gjort og.. bagatelliserer det.. Da kommer du i en sånn skvis mellom å.. oppleve et behov for å korrigere eller å holde opp de skadelige effektene av.. seksuelle overskridelser mot barn. Og.. ja. Jeg kan bli litt sånn.. lei meg, eller urolig. [...] Jeg blir både redd, og.. urolig, og.. synes det er provoserende.

Respondenten beskriver et dilemma mellom å skulle konfrontere og korrigere uønskede holdninger hos pasienten og å opprettholde den empatiske og ikke-dømmende holdningen terapeutene streber mot.

Basert på respondentenes beskrivelser av opplevd sinne og frykt, virker det som at disse reaksjonene i større grad kan påvirke deres empati og ikke-dømmende holdning dersom

pasienten ikke anerkjenner alvorligheten av problematikken og ønsker en endring. En respondent fortalte at empatien blir “utfordret”:

Hvis du skal jobbe med.. pasienter som har begått veldig krenkende handlinger overfor andre mennesker.. [...] Din empati blir utfordret i møte med mennesker som har gjort grusomme ting mot andre.

Respondenten sammenlignet dette med behandling av personer som har begått brutale voldtekter og drap, og pasienter med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Dette er andre grupper behandlere kan oppleve aversive følelser i møte med grunnet den etiske uforsvarlige naturen av kriminaliteten. Respondenten trekker frem arbeid med personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse, da vedkommende har en antakelse om at denne gruppen vil kunne utføre mer alvorlige overgrep og ikke vil utvise skyld og motivasjon for endring.

Den samme respondenten fortalte også om en situasjon hvor hen opplevde et personangrep fra en pasient. Respondenten omtalte sin egen respons til dette som et “empatisk svik” og “ikke en spesielt god terapeutisk intervensjon, men en konfronterende terapeut-stil”. I situasjonen møtte respondenten motstand fra pasienten i form av et personangrep, og fikk behov for å forsvare seg selv. Dette er et tydelig eksempel på hvordan respondentenes reaksjoner kan gjøre at deres empati og ikke-dømmende holdning erstattes med en trang til å irettesette eller konfrontere. En annen respondent beskrev også hvordan pasienter hen omtalte som “utfordrende” kan påvirke empatien:

Det er nok lettere å ha empati for de som angrer seg, enn de som egentlig prøver å argumentere for at det egentlig ikke var så ille det de gjorde. [...] Uten en god allianse så er det vanskelig å kjenne empatien.. og.. noen pasienter er jo mer utfordrende enn andre.. kanskje de avviser intervensjonene man prøver å bruke, eller spørsmålene man kommer med.. Så man kommer ikke helt i posisjon til å klare å jobbe.

En respondent beskrev arbeidet med denne pasientgruppen som en “katalysator for emosjon”, hvor “ting blir enda større” enn ved andre pasientgrupper fordi samtaletemaene er følelsesladd. Vi tenker oss at dette har sammenheng med at behandling av denne pasientgruppen krever en endring hos pasienten, da den skal virke forebyggende mot overgrep. Det blir derfor spesielt viktig for terapeuten å bidra til denne endringen, og å “komme i posisjon til å klare å jobbe”, som respondenten formulerer det.

2b) Håndtering av aversive reaksjoner

Tre av respondentene reflekterte rundt sin egen håndtering av sinne og frykt i møte med pasientene. To av dem fortalte om viktigheten av å være åpen om sine følelser med pasienten når de oppstår. Den ene respondenten fortalte om å være “tydelig” om reaksjonene sine med pasientene. Respondenten begrunnet dette med at en god relasjon krever “tillit, åpenhet, ærlighet og direktehet”, og fortalte at pasientene har satt pris på åpenheten. Den andre respondenten fortalte også om viktigheten av åpenhet om egne reaksjoner i møte med pasientene, og var opptatt av å “ta ansvar for egne følelser” som en måte å arbeide med relasjonen til pasienten på. Hen fortalte følgende:

Min måte å gjøre det på, er å være mest mulig transparent. Og si at, nå merket jeg at jeg snakket ut fra å bli sint her. At når du.. Det traff noe i meg som gjorde at jeg ble.. irritert på deg eller at jeg ble sint. Og så forklare hvorfor. Og plassere det veldig klart hos meg. [...] Jeg må ta ansvaret for mine egne følelser, og ikke automatisk legge ansvaret for hva jeg føler over på den andres intensjon.

Respondenten vektlegger her måten hen uttrykker følelsene på overfor pasienten, hvor hen prøver å dele reaksjonen så åpent som mulig, med en forklaring på hvor sinnet og frykten kommer fra. Fokuset er ikke på moralisering eller fordømming av pasientens utsagn eller oppfatning, men heller på hva som skjer mellom pasienten og terapeuten i terapirommet.

Jeg tenker at.. hvis jeg kan være ærlig på at.. mine følelser kan også ta styring over hva jeg tenker eller hva jeg sier. Hvis jeg gjør det på en måte som.. hvor jeg fremstår med trygghet. At jeg snakker om mine egne følelser og ikke med mine egne følelser da, så er jo det også en måte å.. både bygge og vedlikeholde alliansen.

Respondenten forklarer her hvordan hen prøver å skape et rom hvor det er trygt å dele sine tanker og følelser, for både pasienten og terapeuten. Dette kan være en mulig emosjonell læringserfaring for pasienten. For å gjøre dette, må terapeuten evne å håndtere sitt eget sinne og sin egen frykt for å kunne kommunisere dem på en respektfull måte og bevare relasjonen til pasienten. Respondenten understreket at “dette er på en god dag”, hvor hen har overskudd til å respondere adekvat.

De to respondentene som fortalte om transparens, har mer erfaring med denne pasientgruppen enn den tredje respondenten. Den tredje respondenten reflekterte også rundt åpenhet om egne følelser, men beskrev å være i en “fase” hvor vedkommende holder på å lære seg dette. Det kan derfor tenkes at håndtering av aversive reaksjoner i møte med pasienten er noe som terapeutene har lært seg gjennom erfaring. Den tredje respondenten fortalte at:

Det å finne den balansen, å kunne [være transparent] ganske sånn likefram.. Uten å være redd for å bli for dømmende eller avvisende. Det er en spennende fase å være i for meg, og det, det er en skikkelig nøtt.. som terapeut, da.

Respondenten beskrev videre at før hen har lært seg å finne denne balansen, må hen “holde seg fast i stolen” ved opplevd sinne og frykt:

Så langt, så har jeg holdt det tilbake.. [Jeg har] holdt meg fast i stolen og prøvd å håndtere dialogen på en mest mulig.. adekvat måte. Det kan jo godt hende at når jeg får mer erfaring i dette feltet, at jeg kan være flinkere til å bruke et sånt sinne som et

signal om at.. oi, her er det noe som jeg må kommunisere tilbake til pasienten. At det kan være nyttig..

Respondenten holder tilbake det emosjonelle uttrykket overfor pasienten, da respondenten ikke enda har funnet en måte å kommunisere følelsene på en terapeutisk måte. Respondenten ønsker ikke å true relasjonen ved å reagere på måter som gjør at pasienten føler seg avvist.

Oppsummert, viser dette temaet at respondentene opplever negative følelsesreaksjoner i terapirommet som kan utfordre empatien for pasientene. Sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep er spesielt vanskelig å oppleve samtidig som varme og medfølelse for pasienten, og slike aversive reaksjoner kan vanskeliggjøre gode terapeutiske intervensjoner.

Respondentene fortalte at ansvarsfraskrivelse rundt traumatisering av andre, manglende uttrykk for skyld eller skam og manglende motivasjon til endring hos pasientene var spesielt utfordrende for en ikke-dømmende holdning og empati. Respondentenes oppfatning var at dersom terapeuten klarer å håndtere sin emosjonelle opplevelse og uttrykke den til pasienten, kan dette virke positivt for alliansen. Med økt erfaring kan terapeuten lettere håndtere sine reaksjoner og kommunisere dem tilbake til pasienten.

3) Å balansere ulike deler av seg selv: Jeget som terapeut og jeget som privatperson

Det tredje temaet handler om hvordan respondentene opplever å balansere seg selv som privatperson og seg selv som terapeut i møte med pasientene. Alle fem respondenter reflekterer rundt terapeutrollen, og hvordan denne rollen hjelper dem til å holde fokus på å hjelpe. En respondent beskriver terapeutrollen på følgende måte:

I selve terapirommet så er jeg mer opptatt av å hjelpe.. finne gode løsninger. Det er der fokuset ligger, så når du hører historiene så hører jo de med.. men samtidig så er fokuset på hvor er triggerpunkt, hva kan vi gjøre sånn at du unngår de? eller andre strategier, sant. Det er der fokuset er, så da blir jeg på en måte der. Jeg blir en hjelperrolle, eller en problemløser.

Jeget som terapeut tar her rollen som hjelper og problemløser. I hjelperrollen kan respondenten forholde seg hensiktsmessig til det pasienten forteller. Respondenten opplever terapeutrollen som beskyttende i møte med situasjoner i terapien som kan utfordre empati og en ikke-dømmende holdning. Terapeuten kan i kraft av sin rolle holde seg til oppgaven som rollen gir, og distansere seg fra egne reaksjoner.

I motsetning til terapeutrollen, har ikke jeget som privatperson de samme rolleforventningene om å være en empatisk og ikke-dømmende hjelper. To av respondentene fortalte direkte om opplevelser med å reagere annerledes til personer med seksuell interesse for barn utenfor jobb, når de ikke er i rollen som terapeut. En av respondentene beskriver at:

Hvis jeg som privatperson hadde fått noen som fortalte om sine følelser [for barn]..

Det vet jeg ikke om jeg ville ha visst.

Respondenten beskriver ubehag knyttet til at sitt private selv får vite om seksuelle følelser for barn. Respondenten virker her å skille mellom hva hen kan tåle i terapeutrollen og som sitt private selv. En annen respondent jobber ikke lenger med denne pasientgruppen, og har med dette lagt fra seg terapeutrollen. Respondenten beskriver å ha mistet empatien for pasientgruppen som følge av dette:

Om de som har denne problematikken nå så kjenner jeg at, jeg er ikke så veldig interessert i å hjelpe dem lenger. Fordi nå skal jeg ikke jobbe med dem og da kjenner jeg at empatien for hele målgruppen har blitt fullstendig endret. Nå er jeg egentlig ganske.. fordomsfull. Og ganske.. sint på dem, på en måte.

Respondenten beskriver at empatien og medfølelsen vedkommende kjente tidligere var knyttet til den tidligere terapeutrollen, og den relasjonen respondenten oppnådde med hver enkelt pasient i denne rollen. Ettersom respondenten ikke lenger har en terapeutrolle overfor pasientene, kan vi tolke dette som opplevelser fra respondentens private selv.

Empati forutsetter imidlertid en genuin medfølelse, hvor man bruker sine egne følelser sammen med den andre (Stiegler, 2019 s. 97). Egne følelser er i stor grad preget av ens tidligere erfaringer i ens private liv (Stiegler, 2019 s. 64). Basert på dette, tenker vi at terapeuten ved empatisk innlevelse ikke kan skille de to delene av seg selv helt fra hverandre, men må balansere jeget som privatperson og jeget som terapeut. Alle respondentene beskrev opplevelser vi forstår som utfordringer til å balansere de to delene av seg selv. En av respondentene reflekterte rundt reaksjoner som oppstår i terapien, men som oppleves i etterkant:

For min del så tror jeg ofte at [frykt og aversjon] oppstår mye etter [timen]. Altså for i rommet har jeg et annet fokus. Jeg hører.. Det er nok der men litt mer ubevisst.. Og så kommer det veldig etterpå.

Respondentens private selv er til stede og reagerer når hen inntar terapeutrollen, men reaksjonene blir ikke tydelige før hen trer ut av terapeutrollen og kommer mer i kontakt med sitt private selv. En annen respondent forteller om en sterk empati med de fornærmede når hen sitter alene og leser dommen hvor overgrepet står beskrevet:

Jeg husker første gang så tenkte jeg at jeg kunne ønske jeg var religiøs så jeg kunne sende en bønn. Det er en veldig rar tanke for meg. Det var litt sånn "jeg håper at du har vært ivaretatt, og at du får det du trenger".

Når respondenten her sitter alene, og ikke sammen med pasienten, kan skillet mellom privatperson og terapeut tenkes å være mindre tydelig, og fornærmede kommer lettere i fokus.

Når respondenten derimot sitter i terapirommet, blir empatien med pasienten styrket:

Når jeg sitter i stolen med pasienten så er jo pasienten veldig tydelig.. med hele sin menneskelighet.. så jeg vil nok si at det utsatteperspektivet trer litt mer i bakgrunnen.. i hvert fall når vi snakker om livet generelt. Mens når vi snakker om overgrepene og det som skjedde, så har jeg det nok mer med meg.

I terapirommet, hvor rollen som terapeut er sterk, kan denne rollen hjelpe respondenten med å fokusere på å ivareta pasienten. Når rollene som terapeut og pasient er tydelige, virker det å være lettere for respondenten å balansere de to delene av seg selv. Respondenten beskriver også i sitatet det som kan tolkes som en utfordring med å balansere disse to delene av seg selv: Når de snakker direkte om overgrepene, kommer den fornærmede mer i fokus igjen.

Noen aspekter ved respondentenes private selv virker å være spesielt vanskelig å holde adskilt fra terapeutrollen. Fire av respondentene fortalte om sine egne barn mens de reflekterte rundt utfordringer med å være terapeut for personer med seksuell interesse for barn. To av dem brukte ordet “vanskelig” om det å ha barn i samme aldersgruppe som overgrepsutsatte barn de hører om på jobb. De to resterende respondentene fortalte om tanker om at egne barn kan bli utsatt for overgrep. En av respondentene fortalte mer om hva som ble vanskelig i møte med pasientene:

[Da mine barn var små] så kjente jeg at det ble vanskelig å være terapeut for personer med seksuell interesse for barn eller som hadde begått overgrep mot barn. .. uten å.. å bli.. konfronterende, eller sånn.. litt moraliserende da.

Respondentenes barn er en spesielt viktig del av deres private selv, og respondentene vil ha et sterkt behov for å beskytte dem. Respondentene forteller at det blir mer utfordrende å være i rollen som en empatisk og ikke-dømmende hjelper når en samtidig har aktualisert dette beskyttelsesbehovet for egne barn.

Balansen mellom jeget som privatperson og jeget som terapeut virker å bli enklere med økt erfaring. To av respondentene fortalte at de opplever å tåle mer med økt erfaring som psykolog, ved å reagere mindre på det pasientene forteller om. En av dem fortalte også om mer kontroll over hva hen tar med seg ut av terapirommet og hjem fra jobb:

Jeg tror jeg har utviklet den bufferen som gjør at ting ikke går så veldig inn på deg.. som da jeg var ny. Så den der med å ikke ta med seg ting ut av rommet, eller det private på en måte.. Det har jeg blitt ganske flink til.

Det virker her å være enklere for respondenten å skille mellom rollen som terapeut og jeget som privatperson, enn da hen var “ny”. Den andre respondenten fortalte om en normalisering som skjer når man som terapeut forholder seg i mange år til denne problematikken:

Når du har jobbet.. veldig lenge og mye med seksuallovbrudd, da er det på et vis litt sånn.. normalen. [...] Du blir litt.. nummen for.. å reagere adekvat på det du hører. Og.. som terapeut så er det jo selvfølgelig viktig at du ikke får blindspots på viktige ting som man må adressere i terapien, men også at man kommer i skade for å.. bare forsterke.. negative holdninger og.. skjema hos pasienten fordi man fremstår som for aksepterende.

Denne normaliseringen kan være et uttrykk for at det private selvet over tid reagerer mindre på utsagn om seksuelle følelser eller overgrep mot barn, og at respondenten med mer erfaring derfor kan dra økt nytte av beskyttelsen som terapeutrollen gir. Vi vet ikke om dette skyldes at respondenten har innlemmet terapeutrollen i sitt private selv eller om hen i stedet opplever å ha blitt bedre til å skille disse delene av seg selv fra hverandre. Det respondenten beskriver som å få “blindspots” eller å bli “for aksepterende”, kan være et uttrykk for situasjoner hvor terapeutrollen beskytter for mye og skaper så stor avstand til egne reaksjoner at en ikke alltid agerer tilstrekkelig der det er passende.

Oppsummert, viser dette temaet at respondentene må balansere den terapeutiske rollen og sitt private selv når de skal være empatiske i møte med personer med seksuell interesse for barn. Balansen kan være utfordrende, spesielt i situasjoner hvor det private selvet har reaksjoner som går imot rollen som hjelper og problemløser for pasienten. Når balansen mellom delene fungerer godt, kan terapeutrollen være beskyttende, og det er lettere å være

empatisk og ikke-dømmende i møte med pasientene. Normalisering av pasientenes opplevelse kan medføre feilplassert empati, hvor en respondent beskriver at dette kan skje hvis vedkommende fremstår for aksepterende.

4) Konkrete strategier for å ivareta seg selv

Alle respondentene påpeker viktigheten av å ta vare på seg selv i og utenfor terapirommet. Som vist over kan behandlingen av personer med seksuell interesse for barn innebære en potensiell sterk belastning for terapeutene. Denne belastningen var noe alle respondentene reflekterte rundt i intervjuene og det ble trukket frem ulike måter terapeuten kan ivareta seg selv i behandlingen. En respondent fortalte om viktigheten av å være “den regulerte terapeut”. En annen respondent fortalte at selvivaretakelse gjør “at man orker å stå i de tunge temaene”. Begge disse sitatene beskriver en terapeut som opplever det som viktig å klare å være empatisk og ikke-dømmende i møte med pasientene, og å ha overskudd til å møte og håndtere pasientenes følelser, tanker og utfordringer. Vi kan dermed anta at selvivaretakelse er en forutsetning for å kunne være empatisk og ikke-dømmende i møte med pasienter med seksuell interesse for barn.

Fire av respondentene fortalte om arbeidsbetingelser som legger til rette for at terapeutene kan ivareta seg selv. De fortalte om en behandlingsmodell med fokus på likeverd og at alle mennesker fortjener et godt liv. Dette kan hjelpe respondentene å holde hodet over vann. En respondent forklarer det slik:

Dette er en måte å jobbe på som på mange måter beskytter mot de negative effektene det kan ha på terapeuten å forholde seg til pasientens.. lovbrudd. Og problematikk.

En annen respondent fortalte om hvordan ivaretakelse av arbeidskapasiteten til terapeuten er spesielt viktig i dette feltet, og at dette bør gjenspeiles i hvordan arbeidshverdagen blir strukturert.

Jeg tenker at man skal være litt sånn god med seg selv da, i dette feltet. Man skal ikke ha for mange pasienter, man skal ikke ha for tette timer, altså sånn helt konkret.. At du har litt tid mellom og etter timer til å kunne.. skrive, til å kunne rekke det du skal etterpå.

Terapeuten trenger tid og rom til å sette seg inn i og bearbeide informasjon fra pasientene. Det blir derfor viktig at arbeidspresset ikke er for høyt. En annen selvivaretagende strategi som ble nevnt av respondentene er å arbeide i team, slik at vurderinger ikke gjøres alene. Noen av dem har valgt å være to terapeuter i terapirommet, enten innledningsvis eller gjennom hele behandlingsforløpet. En respondent beskriver at:

Det er den rekalkibreringen, at vi hele tiden har hverandres blikk på, så vi kan korrigere oss selv hele veien.. som er poenget med å være to [i terapirommet].

Tre av respondentene fortalte om arbeidsmiljøer med lav terskel for å uttrykke følelser til kolleger, hvor man oppfordrer hverandre til å snakke om opplevelser med pasientene og å gi hverandre tilbakemeldinger. En av respondentene fortalte om viktigheten av tilstedeværende kolleger ved vanskelige situasjoner i terapirommet:

Da løper jeg til en av mine kolleger, også tar jeg det ut. Først blir jeg litt sånn usaklig.. Bare "hjelp, hør på dette!" Og så etter jeg har fått det litt ut så er det sånn.. Okei, hva gjør vi med det? Bare få ut litt emosjonelt trykk. Og så tenker jeg løsning og strategi. Jeg blir faglig igjen.

Respondenten beskriver her et behov for kollegastøtte for å håndtere følelser og for å ikke stå alene i vanskelige vurderinger. En annen respondent fortalte også om behovet for å snakke med kolleger om følelser, men beskrev en opplevelse av for lite støtte fra andre kolleger.

Det å kunne komme ut med.. det man sitter med av følelser og sånn, jeg har jo brukt veiledninger og sånn på det, men da sitter disse som har veiledning og liksom bare synes det er interessant. Så da tenker jeg "åå dette er interessant", og så er de da mer

opptatt av pasientene enn av meg egentlig. Sånn at.. det.. Det kan bli ganske ensomt å jobbe med denne målgruppen.

Tre av respondentene fortalte om en økt risiko for terapeutens helse når en jobber med personer med seksuell interesse for barn. Respondentene beskrev dette som “stress”, “traumereaksjoner”, “sekundærtraumatisering”, “utbrenthet” og “slitasje”.

Sekundærtraumatisering referer til aversive emosjonelle reaksjoner opplevd av personer som har jobbet nært til personer som har opplevd traumer eller som har utsatt andre for traumatiske opplevelser (Baird & Jenkins, 2003). Symptomene på sekundærtraumatisering er identifisert som gjenopplevelse av pasientens traumatiske opplevelse og unngåelse av opplevelsen. To av respondentene reflekterte rundt påtrengende mentale bilder av overgrep mot barn og hvordan man bør unngå eller avbryte dette. En av dem beskriver følgende:

Det er en anbefaling for å unngå sekundærtraumatisering at man unngår å danne seg så klare mentale bilder av overgrep. Men så må vi jo likevel snakke gjennom hva som skjedde med pasientene. Så jeg kan jo ta med meg de bildene hjem. Det gjør jeg. [...] [Når] jeg begynner å få sånne bilder med mine barn, da er jeg for invadert.. da klarer jeg for det meste å avbryte det.

Begge respondentene beskrev at de aktivt distanserer seg fra slike indre bilder for å beskytte seg selv mot sekundærtraumatiske opplevelser, eller for å opprettholde empati for pasienten.

Oppsummert, viser dette temaet at respondentene opplever et større behov for selvivaretagelse i arbeid med personer som har seksuell interesse for barn, sammenlignet med andre pasientgrupper. Dette er nødvendig for å ha overskudd til å håndtere pasientens følelser, tanker og utfordringer på en terapeutisk måte, og for å ivareta sine egne følelsesreaksjoner. Selvivaretagende strategier som nevnes er teamarbeid, kollegastøtte med takhøyde og rom for å uttrykke følelser, og rammer for arbeidsstruktur som gir tid til å bearbeide inntrykk. Dersom

behovet ikke dekkes, kan terapeutene bli mer sårbare for å oppleve traumereaksjoner, ensomhet og manglende jobbtrivsel.

Diskusjon

Denne oppgaven hadde som mål å utforske hvordan terapeuter opplever å forholde seg empatisk og ikke-dømmende i møte med pasienter med seksuell interesse for barn. Ved bruk av tematisk analyse fra et fenomenologisk-hermeneutisk standpunkt kom vi frem til de fire temaene (1) Å se personen bak den seksuelle interessen, (2) Når terapeutens følelser utfordrer empatien, med undertemaene (2a) Sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep og (2b) Håndtering av aversive reaksjoner, (3) Å balansere ulike deler av seg selv: Jeget som terapeut og jeget som privatperson og (4) Konkrete strategier for å ivareta seg selv. De to første temaene omhandler hovedsakelig prosesser i terapirommet. Det første temaet kan beskrives som et ideal for terapeutens holdning til pasienten, som respondentene arbeider mot. Det andre temaet omhandler utfordringer til en ikke-dømmende holdning og empatisk innlevelse. De to siste temaene beskriver prosesser både i og utenfor terapirommet, hvor tema 3 omhandler balansen mellom ulike deler av selvet, og tema 4 beskriver konkrete strategier for å håndtere arbeidet med denne pasientgruppen. Felles for alle temaene er at de kan ansees som grunnleggende elementer i terapeutenes opplevelser med å skulle forholde seg empatisk og ikke-dømmende i behandling av personer med seksuell interesse for barn.

Å se personen bak den seksuelle interessen

Det første temaet vi identifiserte omhandler hvordan respondentene er nysgjerrige på og forsøker å forstå hele personen de har i behandling, ut fra personens sårbarheter, virkelighet og utviklingshistorie. Respondentene søker mot en helhetlig forståelse av pasientene, noe som kan betegnes som en del av en ikke-dømmende holdning hos terapeuten.

Den helhetlige tilnærmingen som våre respondenter beskriver er nært relatert til det andre studier betegner som respekt for personen (Seaward et. al, 2021; Marshall et al, 2003)

eller en human holdning (Sandhu & Rose, 2012; Scheela, 2001). Disse konseptene er omtalt i forskning på behandling av personer som er dømt for seksuallovbrudd, mange av dem mot barn. Å behandle pasienten med respekt og å unngå å gi stigmatiserende merkelapper basert på pasientens kriminelle handling, er faktorer som både pasienter og behandlere trekker frem som viktige for behandlingen (Seaward et. al, 2021; Polson & McCullom, 1997). Våre respondenter opplever respekt for at pasientene oppsøker behandling for en tabubelagt problematikk og at de ønsker hjelp til endring, noe respondentene trekker frem som naturlig å føle empati med. Videre blir det gjennomgående trukket frem at våre respondenter ikke tar i bruk stigmatiserende merkelapper om pasientene, noe som støtter funnene til Seaward et al. (2021). Målet er at pasienten skal føle seg som en person med verdi, utvikle sin egen empati og å motvirke at pasienten føler seg dømt da dette kan svekke tillit og tilknytning til terapeuten (Seaward, 2021; Sandhu & Rose, 2012).

Respondentene forteller at de utforsker problemer i pasientenes liv utover deres seksuelle interesse, som en måte å opprettholde en ikke-dømmende og empatisk holdning til pasientene. To av våre respondenter beskriver at de forsøker å forstå personens traumehistorie og underliggende sårbarhet for slik å generere empati for personen, mens andre respondenter forteller at de utforsker pasientens underliggende behov og hvordan de kan møte disse behovene på prososiale måter. Respondentene har ulike fremgangsmåter for å forstå hele mennesket de sitter overfor, men har til felles at det hjelper dem med å generere empati for pasienten og fasiliterer forståelse og aksept. I Carpenter (2018) sin kvalitative studie av terapeuters opplevelse med å jobbe med personer dømt for seksuallovbrudd, identifiseres temaene “seeking humanity” og “seeking understanding”, hvor terapeuten aktivt jobber for å utforske de humane aspektene ved pasientene, samt forstå deres utviklingshistorie. Carpenter skiller mellom respondentenes utforskning av pasientens underliggende behov og hvordan de kan møte disse på prososiale måter, og respondentenes søken etter en forståelse av pasientens

historie og utvikling. Våre respondenters utforskning av pasientenes traumehistorie kan tenkes å ligge tett opp mot Carpenters tema “seeking understanding”, mens respondentenes fokus på pasientenes underliggende behov og verdier ligger nærmere temaet “seeking humanity”.

I Bach og Demuth (2019) sin studie beskriver respondentene hvordan de aktivt søker etter pasientene positive sider, samt hvordan de forsøker å skille overgrepshandlingene fra personen. Polson og McCullom (1995) har tatt konseptet å utforske pasientens positive sider et steg videre og postulerte begrepet “positive cognitive framing”, som beskriver hvordan terapeutene aktivt forsøkte å ha et bevisst fokus på pasienten som sårbar, svekket eller menneskelig. “Positive cognitive framing” er en teknikk terapeutene brukte for å danne seg et bilde av pasientene de arbeidet med for å opprettholde empati og en omsorgsfull holdning til pasienten. Våre respondenter trekker frem pasientens sårbarhet og egen traumehistorikk, og at dette aktiverer en naturlig og genuin empati for pasientene.

Polson og McCullom (1995) sin beskrivelse av “positive cognitive framing” kan likevel sies å ligge nært opp til hva en av våre respondenter kalte “aktiv empati”, som ble beskrevet som en bevisst strategi for å sikre sin egen empati. Polson og McCullom peker på at empati ofte sees på som en selvfølge hos terapeuter, men at det vil være vanskeligere å oppleve empati for personer som ønsker å begå eller har begått overgrep mot barn. Terapeutene vil dermed være i behov av metoder for å ivareta sin egen empati og ikke-dømmende holdning. I likhet med “positive cognitive framing” som metode som Polson og McCullom foreslår, tyder våre funn på at teknikker for å opprettholde empati og ikke-dømmende holdning kan være en helhetlig tilnærming til pasienten og aktiv empati.

Respondentene i denne studien jobber innenfor tilnærmingen Good Lives Model (GLM), som er en av Helsedirektoratets ti punkter med anbefalte tilnærminger til behandling av personer med seksuell interesse for barn. GLM vektlegger eksplisitt at terapeuter skal

utforske pasientenes underliggende behov og verdier, og å finne nye måter å dekke disse behovene på prososiale måter (Willis & Ward, 2013). Denne tilnærmingen til patologi ligger nært opp mot humanistisk og positiv psykologi, som har fokus på mestring, livskvalitet og grunnleggende behov (Buhler, 1971). Terapeuter som jobber innenfor rammene av GLM vil derfor ha et helhetlig fokus på pasientene sine, og tilnærmingen kan fungere som et ideal som respondentene ønsker å oppfylle for å anvende behandlingsmetoden. Samtidig opplever respondentene at et fokus på pasientenes sårbarheter og underliggende behov hjelper dem å generere og opprettholde empati for pasientene. Det kan tenkes at respondentene har internalisert GLM som behandlingsmetode og anvender denne til fordel for sin empati og ikke-dømmende holdning.

Når terapeutens følelser utfordrer empatien

Det andre temaet vi identifiserte omhandler aversive opplevelser hos terapeuten som kan utfordre empatien, hvor respondentene fortalte om sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep. Respondentene kan oppleve slike følelser i møte med pasienter som ikke tar ansvar for sine skadelige handlinger mot andre, gjennom for eksempel rasjonalisering og bagatellisering av overgrep mot barn.

Respondentene forteller at pasienter som ikke uttrykker skyld for sine handlinger og overgrepfantasier skaper de sterkeste aversive reaksjonene. En studie viser at personer som viser manglende uttrykk for anger etter en skadelig handling vurderes som mindre moralske og troverdige, mens ved uttrykt anger vurderes personen signifikant mer fordelaktig (Gold & Weiner, 2000). En person som uttrykker anger eller skam etter et seksuallovbrudd er også vist å øke vurderinger av forventet behandlingseffekt og redusere forventet risiko for tilbakefall (Proeve & Howells, 2006), noe som kan forklare frustrasjonen respondenter opplever når pasienter bagatelliserer sine seksuelle overgrep og fantasier. Det er antatt at kognitive forvrengninger spiller en sentral rolle i å utvikle og opprettholde overgrep relatert atferd

(Blumenthal, Gudjonsson & Burns, 1999), og kognitive forvrengninger er definert som en risikofaktor for utøvelse av seksuelle overgrep i GLM (Høiland, 2018).

En forklaring på hvorfor risiko for tilbakefall kan skape aversive følelser hos terapeutene er at de beskriver et opplevd ansvar for at pasientene ikke skal utføre overgrep. Opplevd ansvar som årsak til frykt er postulert av Bach og Demuth (2018) i temaet “The accountable therapist”, hvor respondentene beskriver å begynne å tenke på hva de kunne gjort annerledes for å “redde barnet”. Bach og Demuth argumenterer videre for at der respondentene opplever sinne er det når de plasserer ansvaret vekk fra seg selv og over på pasienten, dette identifiseres i deres tema “The vengeful therapist”. Våre respondenter differensierer ikke mellom deres opplevde ansvar når de føler sinne kontra frykt, men trekker frem pasientenes manglende ansvar som noe som kan generere både sinne og frykt. En årsak til denne forskjellen fra Bach og Demuth kan være at deres temaer er knyttet til terapeutenes opplevelse etter at pasientene har utført et nytt overgrep, mens våre data utforsker følelsesmessige reaksjoner knyttet til behandling uten av det foreligger et tilbakefall.

Videre foreslår vi i analysen at sinne og frykt er vanskelig å oppleve samtidig som varme og medfølelse for et annet menneske. Det er vist at aversive følelser kan overskride empati hos mennesker (Richins et al, 2021). Stressresponser aktiverer andre, mer egosentriske motivasjonelle systemer enn empatisk aktivering (Batson, Fultz & Schoenrade, 1987). Studien til Batson, Fultz og Schoenrade (1987) tyder på at frykt og sinne potensielt kan overskride empatien hos terapeutene i møte med pasientene, og at motivasjon for en annen atferd aktiveres, noe våre respondenter beskriver som en trang til å konfrontere og irettesette pasienten. Polson & McCullom (1995) beskriver hvordan terapeutens omsorg for pasienten ble redusert hvis pasienten over tid motsatte seg å innrømme personlig ansvar for overgrep mot barn. Empati ble her forstått som en ressurs som ble tappet når terapeutene i stedet ble sinte, og måtte bruke energi på konfrontasjon. På tiden Polson og McCullom utførte sin

studie, før GLM ble utviklet (Willis & Ward, 2013), ble terapeutene imidlertid oppfordret til å være konfronterende og skulle raskt utfordre pasientens oppfatninger da dette ble ansett som avgjørende for behandlingseffekt (Polson & McCullom, 1995). Flere av våre respondenter omtaler derimot konfrontasjon som en negativ respons fra terapeuten som kan true relasjonen. Respondentene er opptatt av å bevare alliansen og unngå at pasienten føler seg avvist av terapeuten. Det ble vektlagt at terapeuten må ta ansvar for sitt eget sinne ved å håndtere dette i seg selv, for så å kommunisere følelsen til pasienten på en respektfull måte. Funn som viser til lav selvfølelse, skam og sensitivitet for kritikk hos pasientgruppen (Cooper & Holgersen, 2016; Seaward et al., 2021) kan indikere at en ivaretagende terapeutstil er bedre egnet med denne pasientgruppen enn en korrigerende og utfordrende terapeutstil. Dette kan sies å ligge tettere opp mot Rogers (1951) sine seks prinsipper for å skape en god allianse og et miljø som fasiliterer endring enn funnene til Polson og McCullom.

Å balansere ulike deler av seg selv: Jeget som terapeut og jeget som privatperson

Det tredje temaet handler om hvordan terapeutene går frem for å balansere sitt private jeg med det profesjonelle og terapeutiske jeget. Respondentene beskriver at de går inn i denne profesjonelle rollen for å forholde seg empatisk og ikke-dømmende til mennesker som ellers ikke nødvendigvis fasiliterer empatisk aktivering naturlig. Analysen peker mot at balansen kommer mer naturlig med økt erfaring, og at man da ikke nødvendigvis aktivt går inn i rollen.

Tema 3 skiller seg fra de andre temaene i at ingen av de andre kvalitative studiene vi har funnet rapporterer at terapeutene balanserer ulike deler av selvet (Polson & McCullom, 1995; Scheela, 2001; Carpenter, 2018; Bach & Demuth, 2019). Carpenter (2018) beskriver hvordan respondentene setter opp klare roller for behandlingen og at det er en strategi for å opprettholde en profesjonell distanse til sine pasienter. Den profesjonelle distansen som Carpenter sine respondenter trekker frem beskrives som en strategi for å unngå grenseoverskridelser fra pasienter. Våre respondenter beskriver liknende strategier, men

beskriver at de går inn i en profesjonell rolle for å generere empati og en ikke-dømmende holdning. Scheela (2001) beskriver lignende funn, hvor respondentene tar i bruk det hun kaller "Tearing Out". "Tearing Out" innebærer å forsøke å legge vekk sine tidligere holdninger og verdier overfor pasientgruppen. Scheela beskriver videre at terapeuten anvender "Rebuilding" for å danne nye holdninger og måter å jobbe med sine pasienter. "Tearing Out" og "Rebuilding" er elementer stipulert som en del av endringsprosessen i terapi for personer med seksuell interesse for barn, kalt remodelleringsprosessen (Scheela, 1992). Respondentene i Scheela (2001) sin kvalitative studie trakk frem remodelleringsprosessen for å beskrive sin egen opplevelse av å vende seg til å jobbe med pasientgruppen, hvor modellen beskrives som en måte terapeutene forsøker å danne nye aspekter ved selvet for å passe deres rolle som terapeut for personer med seksuell interesse for barn.

Rolleteori postulerer at alle mennesker vurderer sosiale situasjoner og passende atferd ut fra normative forventninger som definerer hvilken posisjon og status man har i interaksjon med andre (Turner, 2001). Således vil personer som jobber med all form for psykologisk behandling innta en rolle som terapeut og alle de forventningene til atferd og kognisjon som definerer denne rollen. Den sosiale rollen som terapeut innebærer en forventning om at terapeuten skal være empatisk, kongruent og aksepterende (Rogers, 1956). I vår analyse kommer det frem at den sosiale rollen representerer mer enn kun en forventning til passende sosiale prosesser i terapirommet, det beskrives også som nødvendig for å kunne opprettholde empati og aksept for pasientene. En respondent beskriver hvordan empatien forsvinner når en trer ut av rollen som terapeut for denne gruppen, og slik distanserer seg fra pasientenes problematikk. Når respondentene trer ut av rollen som terapeut for personer med seksuell interesse for barn kommer reaksjoner og kognisjoner fra deres private selv. Rolleteori kan være med på å forklare hvordan respondentene også mister de aksepterende og empatiske karakteristikkene overfor personer med seksuell interesse for barn når vedkommende ikke

lenger innehar en rolle hvor dette er forventet.

Fra analysen kommer det frem at balansen mellom privat og profesjonell rolle blir enklere med økt erfaring. En mulig forklaring på dette er sammenhengen mellom sosiale roller og identitet. Med tiden vil den sosiale rollen internaliseres som en del av selvet, og slik bli en naturlig del av personens identitet (Burke & Reitzes, 1981). Det er vist at mindre erfarne terapeuter som jobbet med seksuallovbrudd utviste flere og sterkere symptomer på utmattelse og sekundærtraumatisering enn terapeuter med lenger erfaring (Farrenkopf, 1992; Baird & Jenkins, 2003). Balansen mellom den private og profesjonelle rollen kan fungere som en delvis forklaring på dette fenomenet. Identitetsteori postulerer at personer utvikler sin identitet ut fra hvilke sosiale roller de innehar (Hogg, Terry & White, 1995). I dette ligger det at personer har flere identiteter utviklet gjennom ulike sosiale roller, som far, venn, kjæreste og ansatt. Hogg, Terry og White (1995) skriver videre at rolleidentitet innebærer selvkonsepter, selvreferende kognisjoner og selvdefinisjoner en anvender som en konsekvens av de strukturelle rollene de innehar. I dette ligger det at man vil endre aspekter ved selvet når en inntar nye roller, noe som bekreftes gjennom våre respondenters evne til å empatisere med og akseptere pasientene, til tross for at det er en gruppe som mangler sympati i samfunnet.

Konkrete strategier for å ivareta seg selv

Respondentene opplever et behov for selvivaretagelse i arbeid med personer som har seksuell interesse for barn. Selvivaretagelse beskrives som nødvendig for å ha overskudd til å håndtere pasientens følelser, tanker og utfordringer på en terapeutisk måte og for å ivareta sine egne følelsesreaksjoner. Det fremkommer av analysen at selvivaretagelse oppleves nødvendig for å kunne være en empatisk og ikke-dømmende terapeut. De konkrete strategiene for selvivaretagelse brukt av våre respondenter er teamarbeid, kollegastøtte med rom for å uttrykke følelser, og rammer for arbeidsstruktur som gir tid til å bearbeide inntrykk.

Selvivaretakelse blir trukket frem av våre respondenter og flere andre kvalitative studier som en forutsetning for å opprettholde overskudd til å jobbe med pasientgruppen over tid. I Polson og McCullom (1995), Scheela (2001) og Bach og Demuth (2019) sine studier blir håndtering av utfordringer knyttet til arbeidet trukket frem av alle respondentene. Håndtering av utfordringer blir i studiene omtalt som “coping”. Strategier for “coping” som trekkes frem er sosial støtte fra kolleger, god opplæring og å gjøre avgjørelser i team (Polson & McCullom, 1995; Scheela, 2001; Bach & Demuth, 2019).

Sosial støtte fra kolleger nevnes av alle respondentene våre som essensielt for å ivareta seg selv. Opplevd isolasjon og ensomhet er blant de vanligste risikofaktorene for arbeidsrelatert stress og utmattelse (Ofei-doodoo, Ebberwein & Kellerman, 2020). Respondentene forteller at de har behov for sosial støtte ved krevende situasjoner som oppstår i terapi. Menneskets behov for emosjonell støtte i vanskelige situasjoner er godt dokumentert i forskning. Effekten av traumer er eksempelvis betinget av graden av støtte i etterkant av traumehendelser (Litlere, 2014; Shakespeare-Finch, Rees & Armstrong, 2015). Det er funnet at etter angrepene 11. september 2001 var den vanligste måten å håndtere stressreaksjoner å søke støtte hos venner og familie (Taylor, 2007). Våre funn underbygger viktigheten av sosial støtte rundt terapeutene som arbeider med personer med seksuell interesse for barn.

Carpenter (2018) intervjuet fem respondenter om deres opplevelser knyttet til arbeidet med personer dømt for seksuelle overgrep og fant at terapeutene hadde utfordringer med å skape felles mål for terapien, men at de likevel klarte å opprettholde sin empati for pasientene. Artikkelen viser til at terapeutene i liten grad legger vekt på egenomsorg når det kommer til å håndtere empatiske utfordringer. Dette står i kontrast til vårt datagrunnlag, hvor alle respondentene nevner viktigheten av selvivaretakelse. Carpenter (2018) foreslår at egenomsorg ikke trekkes frem i hans studie fordi nyutdannede terapeuter kan ha problemer med å utvikle og ta i bruk ferdigheter for egenomsorg. Fire av våre respondenter har lenger

erfaring som psykolog, men en av våre respondenter med få år erfaring som psykolog trekker imidlertid også frem selvivaretakelse. En annen forklaring på forskjellen kan derfor være forskjeller i metodologisk tilnærming, og hvordan dataene er tolket som følge av dette. I Carpenters studie fokuseres funnene rundt eksplisitte ord-for-ord-uttalelser, mens vårt valg av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming til analysen i større grad vil innebære å identifisere latent meningsinnhold i uttalelser (Kvale og Brinkmann, 2019 s. 238-239). Det vil si at våre respondenter ikke alltid direkte har uttalt i samme setning at den selvivaretakende strategien de omtaler hjelper dem med å forholde seg empatisk og ikke-dømmende. I stedet har sammenhengen blitt fortalt på et annet tidspunkt i intervjuet, eller blitt omtalt på andre måter men hvor vi har forstått meningen som den samme.

Selvivaretakelse vil være viktig innenfor alle kliniske fagområder, ikke bare for de som arbeider med pasienter med seksuell interesse for barn. Samtidig vil vi argumentere for at selvivaretakelse kan være spesielt viktig for dette fagområdet, ettersom arbeidet innebærer potensielle påkjenninger for terapeuten (Farrenkopf, 1992; Moulden & Firestone, 2010). Det fremkommer av vår analyse at ved manglende selvivaretakelse, kan terapeutene bli mer sårbare for å oppleve traumereaksjoner, ensomhet og manglende jobbtrivsel. Farrenkopf (1992) sine respondenter trekker frem en mangel på sosial støtte, noe som kan ses i sammenheng med den forhøyede graden av utbrenthet og sekundærtraumatisering hos respondentene i den studien.

Forutsetninger for allianse med personer med seksuell interesse for barn

Det virker å være noen faktorer som går på tvers av temaene våre som kan påvirke terapeutens evne og mulighet til å være empatisk og ikke-dømmende i møte med pasienter med seksuell interesse for barn. Faktorene er terapeutens modenhet og egenskaper ved pasienten. Den videre diskusjonen vil utdype faktorene og diskutere hvordan faktorene kan

påvirke terapeutens forutsetninger for å bygge allianse med personer med seksuell interesse for barn.

Terapeutens modenhet

Modenhet kan her forstås som egenskaper og tillærte ferdigheter som terapeuten har opparbeidet seg gjennom arbeidserfaring, eksempelvis en trygghet og tro på egen mestring i rollen som psykolog. Som nevnt i resultatene våre kom det frem i intervjuene at respondentenes arbeidserfaring påvirker hvordan de forholder seg empatisk og ikke-dømmende til pasientene sine. Erfarne respondenter beskrev seg selv som “nummen” eller “hardhudet” som følge av sin erfaring som psykolog eller erfaring i behandlingen av personer med seksuell interesse for barn. Respondentene opplever ikke å bli like påvirket av å høre om overgrep og overgrepfantasier sammenlignet med da de var mindre erfarne. Selv om mer erfarne respondenter fortalte om å reagere mindre til pasientenes utsagn, beskrev de også opplevelser med frykt og sinne mot pasientene som kan utfordre empatien. I situasjoner hvor respondentene opplever aversive reaksjoner i møte med pasientene, fortalte to av de mer erfarne respondentene at de mestrer å være transparente med egne følelser i møte med pasientene, mens en mindre erfaren respondent uttrykte et ønske om å lære seg dette. Å være transparent med egne følelser innebærer at terapeuten tar en aktiv del i relasjonen til pasienten, ved å identifisere og utforske egne følelser sammen med pasienten. Martha Stark (2000, s. 23) postulerer at å være bevisst ens egen innvirkning på relasjonen til pasienten skaper en autentisk relasjon mellom partene. Stark postulerer at en autentisk tilnærming til relasjonen bidrar til en dypere forståelse av pasienten.

De ovennevnte forskjellene i opplevelsene til mer og mindre erfarne terapeuter kan indikere at modne terapeuter opplever færre forstyrrelser til sin ikke-dømmende holdning og empati, og kan derfor ha større kapasitet til å utøve dette i pasientmøter. Farrenkopf (1992) fant derimot at det følelsesmessige apparatet til terapeuter som arbeider med personer med

seksuell interesse for barn “eroderer” med økt erfaring, slik at de blir mer følelsesmessig avflatet. Farrenkopfs begrep “erosion” (1992) kan ligne på nummenhet, som beskrives av vår respondent i forbindelse med en opplevelse av å kunne bli overaksepterende til pasienters skadelige holdninger og atferd. I Scheelas studie (2001) gikk terapeutene gjennom en prosess hvor de med erfaring utviklet mer positive holdninger til pasientgruppen og økt vektleggelse av pasientens sårbarheter. Ulikhetene mellom våre funn og funnene til Farrenkopf og Scheela kan illustrere hvordan terapeutens modningsprosess er individuell og avhengig av kvaliteten på arbeidserfaringen. Terapeutene i Farrenkopfs studie uttrykte manglende sosial støtte og at de stod alene i pasientvurderinger, mens terapeutene i Scheelas studie opplevde tilstrekkelig kollegastøtte. Et støttende og samarbeidende arbeidsmiljø virker dermed å være utviklingsfremmende for terapeutens modenhet.

Personlige egenskaper og ferdigheter vil imidlertid også påvirke terapeutens modningsprosess. Det kan være en rekke personlige egenskaper hos terapeuten som kan påvirke vedkommendes forutsetninger for å forholde seg empatisk og ikke-dømmende, men ettersom våre respondenter kan oppleve egne følelser som en utfordring til deres opplevelse av empati, vil diskusjonen her ta utgangspunkt i begrepet affektbevissthet. Affektbevissthet refererer til hvor godt man evner å integrere sine følelser, tanker og atferd, og kommer blant annet til uttrykk som personens følelsesmessige tåleevne og evne til å uttrykke følelsene adekvat til andre (Monsen & Solbakken, 2013). Respondentene våre fortalte om vanskelige situasjoner i terapien hvor de opplevde å bli sinte på pasientene. I slike situasjoner opplevde respondentene å trekkes mellom behovet for å reagere selvhevdende og grensesettende i tråd med sine egne følelser, og et ønske om å respondere på en måte som vil være hjelpsomt for pasienten i terapien. Hjelpsomme responser ble forklart som reaksjoner som kommuniserer årsaken til sinnet på en respektfull måte, for å fungere som en emosjonell læringserfaring for pasienten uten at dette truer relasjonen. For å håndtere slike situasjoner, må terapeuten kunne

forstå og tolerere sine egne følelser uten å overveldes av dem, og samtidig ha fleksibilitet til å velge sin respons på det pasienten forteller om. Hjelpsomme responser i situasjoner hvor pasienten vekker sinne hos terapeuten vil dermed stille høye krav til terapeutens evne til affektbevissthet i slike situasjoner. En persons nivå av affektbevissthet antas å være påvirket av egne relasjonserfaringer (Monsen & Solbakken, 2013). Ross, Polaschek og Ward (2008) trekker eksempelvis frem hvordan en utrygg tilknytningsstil kan gjøre at terapeuter raskere kan føle seg avvist som person og oppleve relasjonen som skadet dersom pasienten opptrer avvisende mot terapeutens intervensjoner. På denne måten har terapeuten også med seg formative erfaringer fra eget liv som kan påvirke vedkommendes forutsetninger for terapeutisk modning, og for å bygge allianse med personer med seksuell interesse for barn. Gitt de emosjonelle utfordringene som terapi med personer med seksuell interesse for barn kan medføre, kan det tenkes at modne terapeuter er bedre rustet til å møte utfordringene.

Egenskaper ved pasienten

Egenskaper ved pasienten kan også påvirke terapeutens evne og mulighet til å forholde seg empatisk og ikke-dømmende i den terapeutiske alliansen. Respondentene beskriver forskjellige opplevelser med personer dømt for overgrep og med personer som oppsøker forebyggende behandling. I møte med pasienter som har begått overgrep mot barn kan respondentene oppleve at sinne og frykt utfordrer empatien, spesielt i tilfeller hvor pasientene utviser manglende forståelse av alvorligheten av overgrep mot barn gjennom rasjonalisering eller kognitive forvrengninger. Beskrivelser av møter med pasienter som oppsøker forebyggende tilbud med ønske om endring og som uttrykker en sperre mot å begå seksuelle overgrep mot barn, forteller derimot ikke om utfordringer til alliansen. I stedet forteller respondentene om en opplevd respekt for og medfølelse med at pasientene velger å åpne seg om skambelagte temaer og forsøker å endre på en vanskelig del av sin identitet.

En forklaring på forskjellen i opplevelser med å være empatisk og ikke-dømmende

med personer som har begått overgrep og med personer som oppsøker forebyggende tiltak, kan være basert på terapeutens risikovurdering av pasienten. Høiland (2018) beskriver at risikovurderinger gjøres med standardiserte instrumenter, hvor behandlingen skal rettes mot faktorer som er tilbøyelige for endring, kalt dynamiske risikofaktorer. Dynamiske risikofaktorer som er vist å ha sammenheng med utførelse av seksuelle overgrep er seksuell overopptatthet, seksuelt avvikende interesser, positive holdninger til seksuallovbrudd, kognitive forvrengninger, negativ sosial påvirkning, problemer med intimitet, impulsivitet, manglende evne til problemløsning og emosjonell identifisering med barn (Mann, Hanson & Thornton, 2010, sitert i Høiland, 2018). Høiland argumenterer videre for at behandling av personer med seksuell interesse for barn er særegen i at terapeutene må foreta risikovurderinger utover selvmordsrisikovurdering og at mislykket terapi i verste fall kan føre til at pasienten utfører seksuelle overgrep. Pasienter som vurderes med høy risiko for å begå seksuallovbrudd kan derfor være en større påkjenning å forholde seg til. Respondentene våre beskriver frykt for nye overgrep i møte med slike pasienter og en økt ansvarsfølelse for pasientens handlinger. Norske psykologer rapporterte i en spørreundersøkelse av Stige et al. (2019) at manglende felles mål og passivitet var de vanskeligste situasjonene som oppstår i konvensjonell terapi. Dersom manglende felles mål og passivitet er utfordrende for terapeuten i konvensjonell terapi, kan vi anta at det vil oppleves som spesielt krevende der en potensiell konsekvens av manglende endring er at pasienten begår seksuelle overgrep mot barn. Terapeutens opplevde ansvar for å unngå nye overgrep kan tenkes å legge press på behandlingseffekten og stresse terapeuten. Fokuset på å gjenvinne samarbeidet om behandlingsmål kan bruke en del av terapeutens kapasitet, eksempelvis foreslår Polson og McCullom (1995) at empati er en ressurs som potensielt kan tappes i møte med personer som har begått seksuelle overgrep. Hvis respondentene må bruke energi på å skape felles mål, kan det potensielt føre til manglende overskudd til å generere empati for pasientgruppen (Salyers

et al, 2015). Manglende overskudd kan sees i sammenheng med våre funn, som indikerer at terapeutene kan ha større behov for sosial støtte og egenomsorg etter timer med høyrisikopasienter.

I arbeid med personer som har begått overgrep tidligere eller hvor det foreligger en høy risikovurdering for at overgrep kan skje, kan terapeuten ha nytte av teknikker som skaper og opprettholder empati og ikke-dømming, som aktiv empati (Halvorsen, 2011) eller å fokusere på personen bak handlingen (Sandhu & Rose, 2012; Seaward et. al, 2021). Teknikker for å opprettholde empati trekkes ikke frem av våre respondenter som like nødvendige i møte med personer som oppsøker behandling frivillig og som uttrykker holdninger om at de ønsker å unngå overgrep eller skam og skyld for sine seksuelle følelser mot barn.

Vi har imidlertid få empiriske holdepunkter for å sammenligne terapeuters opplevelser med pasientgruppen som oppsøker forebyggende behandling, da vi ikke har funnet noen andre studier som inkluderer terapeuters opplevelser med denne gruppen. Dette kan skyldes at forebyggende hjelpetilbud er nye (Helsedirektoratet, 2020; Beier et al, 2021) og at forskningen rundt hjelpetilbudene hittil har fokusert på behandlingseffekt eller på å oppfordre til en empatisk holdning hos terapeuten grunnet funn om opplevd avvisning i helsevesenet (Beier et al, 2015; Levenson, Willis & Vicencio, 2017; Mokros & Banse, 2019). Forskningen vi har funnet på terapeuters opplevelser med behandling av personer med seksuell interesse for barn undersøker terapeuter som jobber med pasienter dømt for overgrep, enten i tvungen behandling eller i frivillige behandlingstilbud (Polson & McCullom, 1995; Scheela, 2001; Bach & Demuth, 2018; Carpenter, 2019).

Den terapeutiske alliansen er et samspill

Våre respondenter forteller at relasjonen til hver enkelt pasient er spesielt viktig for å kunne oppleve genuin empati og en ikke-dømmende holdning til pasientene, og opplever en

svekket relasjon i tilfeller hvor pasienten avviser intervensjoner eller ikke ønsker å åpne seg. Å skape en trygg relasjon mellom terapeut og pasient er et samspill, som vil avhenge av egenskaper hos begge parter (Bordin, 1979; Ross, Polaschek & Ward, 2008). Stark (2000, s. 23) vektlegger at en god allianse innebærer at både pasient og terapeut er klar over deres innvirkning på relasjonen. Ross, Polaschek og Ward (2008) har foreslått en ny modell for alliansebegrepet i møte med pasienter med voldsdømmer, hvor de redegjør for aspekter ved både terapeuten og pasienten for å synliggjøre hvordan alliansen dannes i et samspill mellom mange komplekse faktorer.

Å bygge og opprettholde alliansen kan imidlertid sies å være terapeutens ansvar, og kan for eksempel oppnås gjennom å være empatisk og ikke-dømmende i møte med pasienten. I møte med pasienter med seksuell interesse for barn bør faktorer som påvirker terapeutens evne og mulighet til å bygge allianse likevel tas hensyn til, da det ikke er en selvfølge at terapeuten vil mestre dette i alle situasjoner. Terapeutens modenhet og egenskaper ved pasienten kan være slike faktorer.

Implikasjoner

Implikasjoner for forskning

Det eksisterer få andre studier på terapeuters opplevelser med å være empatisk og ikke-dømmende i møte med personer med seksuell interesse for barn. Funnene våre indikerer at det kan være færre utfordringer knyttet til terapeutens empati og ikke-dømming i møte med pasienter som oppsøker forebyggende behandling med ønske om å unngå overgrep mot barn, enn i møte med pasienter som har begått overgrep mot barn og som mottar frivillig behandling for dette. Det kan være hensiktsmessig for videre forskning å undersøke dette funnet videre, da funnet gir håp for effekten av forebyggende tiltak for å redusere seksuelle overgrep mot barn.

Implikasjoner for praksis

Funnene fra denne studien indikerer at arbeid med pasienter som kan utfordre empati og som kan være belastende å forholde seg til, kan kreve rause arbeidsbetingelser og et godt fagfellesskap rundt psykologen. Respondentene våre legger det vi har kalt strategier for å ivareta seg selv til grunn for hvordan de klarer å leve opp til idealet om å forholde seg empatisk og ikke-dømmende i møte med pasientene. Å unngå å gjøre vurderinger alene, å ha tilstrekkelig sosial støtte på jobben, ikke ha for mange pasienter og å ha god opplæring trekkes frem som essensielle faktorer for å ha overskudd til å bygge allianse med pasienter med seksuell interesse for barn. Teamarbeid og veiledning med fokus på hvordan terapeuten kan håndtere emosjonelle utfordringer i terapien kan gi terapeuten økt overskudd til å kunne utvise en empatisk og ikke-dømmende holdning i møte med pasienter med seksuell interesse for barn. Slike arbeidsbetingelser kan legge til rette for en god modningsprosess hos terapeuten, som kan ha positive konsekvenser for terapeutens evne til alliansebygging og dermed også for effekten av behandlingen.

Studien gir kunnskap som potensielt kan redusere stigma mot personer med seksuell interesse for barn. Våre respondenter opplever sin pasientgruppe som motivert for endring, spesielt siden behandlingsprogrammene er frivillige. Pasientgruppen som våre respondenter arbeider med kan være mer mottakelige for en endringsfremmende terapeutisk relasjon enn det stigmatiserte bildet som males av personer med seksuell interesse for barn. Denne oppgaven kan gi økt kunnskap om hvordan det oppleves å behandle denne gruppen, som kan bidra til å redusere stigmaet i helsevesenet mot behandling av personer med seksuell interesse for barn.

Begrensninger i denne studien

Studien er av kvalitativ art og undersøker personlige erfaringer hos et lite utvalg. Dette har naturlige begrensninger for generaliserbarhet av funnene. Funnene kan i stedet være

kontekstspesifikke. Det kan likevel argumenteres for at funnene bringer substans til feltet, da flere aspekter bekreftes av andre kvalitative studier (Bach & Demuth, 2019; Sheela, 2001).

Personvern har vært en utfordring i denne studien. Ettersom studien utforsker en liten spesialisert gruppe har det vært nødvendig med strenge krav til anonymisering for å sikre konfidensialitet. Vi har derfor anonymisert alle potensielt gjenkjennbare karakteristika ved respondentene, som kjønn, arbeidssted, alder, dialekt og sosiolekt. Vi har også valgt å ha en større analytisk distanse ved beskrivelse av funn enn det som ville vært nødvendig med et mindre spesialisert utvalg. Forskeren har ansvar for å verne mot skade eller belastning som forskningen kan påføre, men hensynet må veies opp mot verdien av den kunnskapen som forskningen kan skape (Fossheim & Ingierd, 2013). Metodisk kan man måtte redusere andre vitenskapelige standarder for å sikre konfidensialitet (Fossheim & Ingierd, 2013).

Benevnelser har blitt modifisert for å sikre at en del informasjon ikke lar seg spore tilbake til enkeltindivider. En begrensning ved modifisering er at det blir vanskeligere å kontrollere forskningsprosjektet og resultatenes gyldighet.

Forskning på empati har ikke alltid definert begrepet tydelig, noe som kan svekke begrepsvaliditeten på tvers av de studiene vi har brukt i denne oppgaven. Eksempelvis viser Sandhu & Rose (2012) i deres litteratursammendrag til at flere av deres studier ikke definerer empati på samme måte. Det er ikke fullstendig enighet i fagfeltet om hvordan empati skal defineres (Cuff et al., 2016), men vi kan argumentere for at konseptet empati kvalitativt sett brukes på samme måte i klinisk arbeid. Vi mener derfor at det, til tross for denne begrensningen, er meningsfullt å sammenligne våre respondenters opplevelse av empati med annen forskning på empati hos behandlere.

Respondentenes svar kan potensielt være formet av vår intervjuguide, som består av både åpne og lukkede spørsmål. Spørsmålene vi har valgt å stille kan rettlede respondentene mot en viss forståelse. Spørsmålene som stilles er formet av forskerne og hva vi vurderte som

relevante spørsmål å stille for å svare på vår problemstilling. Dersom vi hadde valgt andre spørsmål, kunne vi ha fått andre resultater i denne studien.

Konklusjon

Denne studien har undersøkt terapeuters opplevelser med å skulle forholde seg empatisk og ikke-dømmende til personer i behandling for en seksuell interesse for barn. Tidligere forskning foreslår at det er mer utfordrende å jobbe med denne pasientgruppen enn det vi har funnet. Ingen av respondentene våre uttrykte negative holdninger mot pasientene eller store generelle utfordringer med sin empati. Ved å fokusere på personen bak den seksuelle interessen, forsøke å håndtere og bruke egne følelser som et terapeutisk virkemiddel, og ved å ha robuste systemer av sosial støtte og team rundt seg, opplever terapeutene å kunne opprettholde en empatisk og ikke-dømmende tilnærming til pasientene.

Idealet om å være empatisk og ikke-dømmende kan likevel tidvis være vanskelig å oppfylle i praksis. Respondentene må gjennom arbeidet forholde seg til pasientens risikofaktorer for å begå overgrep, noe som kan være utfordrende for deres empati og ikke-dømmende holdning. Der hvor våre respondenter nevner situasjoner med pasienter som har høy risiko for å begå overgrep, ser opplevelsene ut til å bekrefte tidligere kvalitative studier sine funn om at terapeuter har utfordringer med å opprettholde empati for sine pasienter (Farrenkopf, 1992; Baird & Jenkins, 2003; Sandhu et al, 2012). Respondentenes empati og ikke-dømmende holdning kan være under press i situasjoner hvor pasienten bagatelliserer og rasjonaliserer sin seksuelle interesse, ved inngående beskrivelser av overgrep mot barn, eller når respondentene får avstand fra det terapeutiske arbeidet og sin terapeutiske rolle.

I møte med pasienter som ikke har begått overgrep og som oppsøker forebyggende behandling med et ønske om endring, opplever respondentene at det er mindre utfordrende å være empatisk og ikke-dømmende. Opplevelser med empati og ikke-dømming i møte med pasienter som ikke har begått overgrep er ikke undersøkt tidligere. Funnene våre indikerer at

det kan være mindre behov for aktive metoder for å sikre egen empati i møte med slike pasienter.

Litteraturliste

- Bach, M. H. & Demuth, C. (2018). Therapists' Experiences in Their Work With Sex Offenders and People With Pedophilia: A Literature Review. *Europe's Journal of Psychology, 14*(2), 498-514. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i2.1493>
- Bach, M. H. & Demuth, C. (2019). Therapists' Personal Experiences in Their Work with Clients Who Have Sexually Offended against Children: A Phenomenological Study. *Journal of Child Sexual Abuse, 28*(7), 799-818. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1592273>
- Batson, D. C., Fultz, J. & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality, 55*(1), 19-39. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00426.x>
- Baird, S. & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious Traumatization, Secondary Traumatic Stress, and Burnout in Sexual Assault and Domestic Violence Agency Staff. *Violence and Victims, 18*(1), 71-86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(2), 529-542. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>
- Beier, K. M., Gieseler, H., Ulrich, H., Scherner, G. & Schlinzig, E. (2021). *The Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD)*. I Beier K.M. (red.) Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-61262-7_4
- Blasko B., Serran G., & Abracen J. (2018) The Role of the Therapeutic Alliance in Offender Therapy. I Jeglic E. & Calkins C. (red.), *New Frontiers in Offender Treatment* (s. 87-108). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-010300_5

- Blumenthal, S., Gudjonsson, G. & Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 129-143. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00117-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00117-3)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buhler, C. (1971). Basic theoretical concepts of humanistic psychology. *American Psychologist*, 26(4), 378–386. <https://doi.org/10.1037/h0032049>
- Burke, P. J., & Reitzes, D. C. (1981). The link between identity and role performance. *Social Psychology Quarterly*, 44(2), 83–92. <https://doi.org/10.2307/3033704>
- Butler, L. D., Carello, J. & Maguin, E. (2017). Trauma, Stress, and Self-Care in Clinical Training: Predictors of Burnout, Decline in Health Status, Secondary Traumatic Stress Symptoms, and Compassion Satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416-424. <https://doi.org/10.1037/tra0000187>
- Carmel, M. J. S., & Friedlander, M. L. (2009). The Relation of Secondary Traumatization to Therapists' Perceptions of the Working Alliance With Clients Who Commit Sexual Abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 461-467. <http://doi.org/10.1037/a0015422>
- Carpenter, K. (2018). How Therapists Overcome Obstacles to Empathy when Working with Sex Offender Clients: A Qualitative Study. [Doktorgradsavhandling] Azusa Pacific University. ProQuest. <https://www.proquest.com/docview/2124999340/abstract/55D51B8B23104543PQ/1?accountid=8579>

- Cooper, E. S. N. & Holgersen, H. (2016). Treatment Experiences of Child Sexual Offenders in Norway: A Qualitative Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 699-718.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1212958>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A Review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Dowling, J., Hodge, S. & Withers, P. (2018). Therapists' perceptions of the therapeutic alliance in "Mandatory" therapy with sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 24(3), 326-342. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1535139>
- Farrenkopf, T. (1992). What Happens to Therapists Who Work with Sex Offenders? *Journal of Offender Rehabilitation*, 18(3-4), 217-224. https://doi.org/10.1300/J076v18n03_16
- Finlay, L. (2002). "Outing" the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545.
<https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Freud, S. (1912). The Dynamics of the Transference. I R. Langs (Red.), *Classics in Psychoanalytic Technique* (s. 3-9). Jason Aranson.
- Gold, G. & Weiner, B. (2000). Remorse, Confession, Group Identity, and Expectations About Repeating a Transgression. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(4), 291-300.
https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2204_3
- Fossheim, H. & Ingierd, I. (2013). *Forskerestaushetsplikt og meldeplikt*. Forskningsetiske komiteer.
- Halvorsen, P. (2011, 5. februar). Sexolog av 1.klasse. *Psykologtidsskriftet*.
<https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2011/02/sexolog-av-1-klasse>
- Helsedirektoratet (2020, 16.12). *Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle*

overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgrep-mot-barn-det-finnes-hjelp>

Hogg, M. A., Terry, D. J. & White, K. M. (1995). A Tale of Two Theories: A Critical Comparison of Identity Theory with Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 58(4), 255–269. <https://doi.org/10.2307/2787127>

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

Howitt, D. & Sheldon, K. (2007). The role of cognitive distortions in paedophilic offending: Internet and contact offenders compared. *Psychology, crime & law*, 13(5), 469-486. <https://doi.org/10.1080/10683160601060564>

Høiland, K. (2018). The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 56(8), 656-665. <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2018/08/good-lives-model-i-behandling-av-personer-domt-seksuallovbrudd>

Jahnke, S., Imhoff, R. & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of People with Pedophilia: Two Comparative Surveys. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 21–34. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0312-4>

Jahnke, S., Philipp, K., & Hoyer, J. (2015). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect*, 40, 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.008>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Gyldendal akademisk.

- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Vicencio, C. P. (2017). Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse, 26*(2), 99–120. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1276116>
- Levenson, J. S. & Grady, M. D. (2019). “I Could Never Work With Those People . . .”: Secondary Prevention of Child Sexual Abuse Via a Brief Training for Therapists About Pedophilia. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(20), 4281-4302. <https://doi.org/10.1177/0886260519869238>
- Levenson, J. S., Grady, M. D. & Morin, J. W. (2020). Beyond the “Ick Factor”: Counseling Non-offending Persons with Pedophilia. *Clinical Social Work Journal, 48*, 380-388. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00712-4>
- Litlere, M. J. S. (2014). Hjelp og støtte til etterlatte ved selvmord - en integrert del av krise- og sorgberedskap i kommunen. *Suicidologi, 9*(2). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1878>
- Marshall, W. L. & Marshall, L. E. (2015). Psychological Treatment of the Paraphilias: a Review and an Appraisal of Effectiveness. *Current Psychiatry Reports, 17*(6), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0580-2>
- Marshall, W. L. & Serran, G. A. (2004) The role of the therapist in offender treatment, *Psychology, Crime & Law, 10*(3), 309-320, <https://doi.org/10.1080/10683160410001662799>
- Marshall, W. L., Serran, G. A., Fernandez, Y. M., Mulloy, R., Mann, R. E., & Thornton, D. (2003). Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders: Tentative data on their relationship with indices of behaviour change. *The journal of sexual aggression, 9*(1), 25-30. <https://doi.org/10.1080/355260031000137940>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and*

- Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Mokros, A. & Banse, R. (2019) The “Dunkelfeld“ Project for Self-Identified Pedophiles: A Reappraisal of its Effectiveness, *The Journal of Sexual Medicine*, 16(5), 609-613. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.009>.
- Monsen, J. T. & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 740-751. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/08/affektintegrasjon-og-nivaer-av-mental-representasjon-fokus-terapeutisk>
- Moulden, H. M. & Firestone, P. (2010). Therapist Awareness and Responsibility in Working With Sexual Offenders. *Sexual Abuse*, 22(4), 374-386. <https://doi.org/10.1177/1079063210382047>
- Murphy, W.D. (1990) Assessment and Modification of Cognitive Distortions in Sex Offenders. I Marshall, W.L., Laes, D.R. & Barbaree, H.E. (red.) *Handbook of Sexual Assault*. Applied Clinical Psychology. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2_19
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S. & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in Individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norbury-Jaranson, J. C. (2016). *Adult Male Sexual Offender Treatment: The Relationship of Schemas, Working Alliance, and Treatment Outcome*. ProQuest Dissertations Publishing.

- Noy, C. (2008). Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
- Ofei-Dodoo, S., Ebberwein, C., & Kellerman, R. (2020). Assessing loneliness and other types of emotional distress among practicing physicians. *Kansas Journal of Medicine*, 13, 1-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006831/>
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2014). Public stigma and self-stigma: differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatric services*, 65(2), 232–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200561>
- Polson, M. & McCullom, E. (1995). Therapist caring in the treatment of sexual abuse offenders: Perspectives from a qualitative case study of one sexual abuse Treatment program. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 4(1), 21-43. https://doi.org/10.1300/J070v04n01_02
- Proeve, M. J. & Howells, K. J. (2006). Effects of remorse and shame and criminal justice experience on judgements about a sex offender. *Psychology Crime & Law*, 12(2), 145-161. <https://doi.org/10.1080/10683160512331316271>
- QSR International (2021, 9.april). NVivo 12 [Programvare].
- Richins, M. T., Barreto, M., Karl, A., & Lawrence, N. (2021). Incidental fear reduces empathy for an out-group's pain. *Emotion*, 21(3), 536–544. <https://doi.org/10.1037/emo0000714>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1956). Clientcentered theory. *Journal of Counseling Psychology*, 3(2), 115–120. <https://doi.org/10.1037/h0046548>

- Ross, E. C., Polaschek, D. L., Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression & Violent Behavior, 13*(6), 462-480.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.003>
- Salyers, M. P., Flanagan, M. E., Firmin, R., & Rollins, A. L. (2015). Clinicians' perceptions of how burnout affects their work. *Psychiatric Services, 66*, 204-207.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400138>
- Sandhu, D. K. & Rose, J. (2012). How do therapists contribute to therapeutic change in sex offender treatment: An integration of the literature. *The journal of sexual aggression, 18*(3), 269-283. <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.566633>
- Sandhu, D. K., Rose, J., Rostill-Brookes, H. J., & Thrift, S. (2012). 'It's intense, to an extent': a qualitative study of the emotional challenges faced by staff working on a treatment programme for intellectually disabled sex offenders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 25*(4), 308-318.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00667.x>
- Scheela, R. A. (1992). The remodeling process: A grounded theory study of perceptions of treatment among adult male incest offender. *Journal of Offender Rehabilitation, 18*(3/4), 167-189. https://doi.org/10.1300/J076v18n03_13
- Scheela, R. A. (2001). Sex offender treatment: Therapists' experiences and perception. *Issues in Mental Health Nursing, 22*(8), 749-767.
<https://doi.org/10.1080/01612840152713009>
- Seaward, H., Wangmo, T., Vogel, T., Graf, M., Egli-Alge, M., Liebrez, M., & Elger, B. S. (2021). What characterizes a good mental health professional in court-mandated treatment settings?: Findings from a qualitative study with older patients and mental health care professionals. *BMC Psychology, 9*(1), 1-121.
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00624-4>

- Shakespeare-Finch, J., Rees, A., & Armstrong, D. (2015). Social support, self-efficacy, trauma and well-being in emergency medical dispatchers. *Social Indicators Research*, 123(2), 549–565. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0749-9>
- Skilbrei, M. (2019). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1. utg). Fagbokforlaget.
- Slater, C. & Lambie, I. (2011) The highs and lows of working with sexual offenders: A New Zealand perspective. *Journal of Sexual Aggression*, 17(3), 320-334. <https://doi.org/10.1080/13552600.2010.519056>
- Stark, M. (2000) *Modes of Therapeutic Action: Enhancing Knowledge, Provision of Experience, and Engagement in Relationship*. Jason Aronson Inc.
- Stiegler, J. R. (2019). *Emosjonsfokusert terapi: Å forstå og forandre følelser* (1. utg). Gyldendal.
- Stiels-Glenn, M. (2010). The availability of outpatient psychotherapy for paedophiles in Germany, *Recht und Psychiatrie*, 28(2), 74-80. https://www.researchgate.net/publication/282416583_The_availability_of_outpatient-psychotherapy_for_paedophiles_in_Germany
- Stige, S., Dundas, I., Schanche, E., & Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 56(8), 573-580. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-/2019/08/kva-typar-mellommenneskelege-situasjonar-opplever-norske-psykologar>
- Taylor, S. E. (2007). Social Support. I H. S. Friedman & R. C. Silver (Red.), *Foundations of health psychology* (s. 145–171). Oxford University Press.

Turner, R. H. (2001). Role Theory. I Turner J.H. (Red.) *Handbook of Sociological Theory*.

Handbooks of Sociology and Social Research (s. 233-254). Springer.

https://doi.org/10.1007/0-387-36274-6_12

Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 479-507.

[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)81034-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)81034-3)

Wilkinson, S. (1988). The role of reflexivity in feminist psychology, *Women's Studies International Forum*, 11(5), 493-502.

[https://doi.org/10.1016/02775395\(88\)90024-6](https://doi.org/10.1016/02775395(88)90024-6)

Willis, G. & Ward, T. (2013). The good lives model: Evidence that it works. I L.

Craig, L. Dixon, & T.A. Gannon (2013), *What Works in Offender*

Rehabilitation: An evidence based approach to assessment and Treatment (s.

305-318). John Wiley & Sons.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194.

<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Appendiks A: Intervjuguide

Intervjuguide

Overordnet forskningsspørsmål: Hvordan opplever terapeuter å skulle forholde seg empatisk og ikke-dømmende i møte med personer med seksuell interesse for barn?

Prosjektbeskrivelse

Som vår hovedoppgave på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Bergen, skal vi gjennomføre en kvalitativ studie av terapeuters erfaringer med behandling av personer med seksuell interesse for barn. Målet med prosjektet er å få en bedre forståelse av hvordan terapeutene arbeider for å bygge allianse med denne gruppen. Studien tar utgangspunkt i Edvard Bordins definisjon (Bordin, 1979) av den terapeutiske arbeidsalliansen, som beskriver det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut, terapiens mål og pasienten og terapeutens oppgaver. Problemstillingen vår fokuserer på det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut.

Informasjon til respondentene:

Dette er en kvalitativ studie, som vil si at vi kommer til å ta opp svarene dine for å transkribere intervjuet. Opptaket blir gjort med mobiltelefonen, og slettet etter transkribering. All informasjon du gir vil anonymiseres, men vi vil kunne sitere deg direkte. Du har krav på innsyn i alle data som er samlet inn fra deg og kan be om å få dataene slettet, med mindre de allerede er inngått i en publikasjon eller innlevert arbeid.

Det er ingen svar som er riktige eller feil her, vi er kun opptatt av å beskrive din opplevelse slik den er. Vi er interessert i din erfaring med personer som har seksuell interesse for barn - dette vil altså ekskludere personer som er dømt for overgrep uten denne seksuelle interessen.

Åpningsspørsmål

Hvor jobber du?

Hvilken pasientgruppe jobber du hovedsakelig med?

Hvor lang erfaring har du med å jobbe med personer med seksuell interesse for barn?

Hvilken terapiform anvender du?

Er alliansebygging et begrep du forholder deg til i ditt arbeid?

Hva betyr det for deg?

Opplever du alliansebygging som viktig?

Spørsmål rettet mot behandling

Hvordan er det å snakke om seksuell tiltrekning mot barn?

Vekker det noen følelser i deg?

Hvordan er det å høre om overgrep/overgrepfantasier?

Hvordan forholder du deg til det?

Hvordan opplever du å møte pasientene?

Kan du beskrive en situasjon der du synes det var spesielt vanskelig å være terapeut for denne gruppen?

Opplever du at ditt arbeid har innvirkning på ditt privatliv?

Hvordan?

Spørsmål rettet mot holdninger

Hvordan er det å snakke med familie og venner om jobben din?

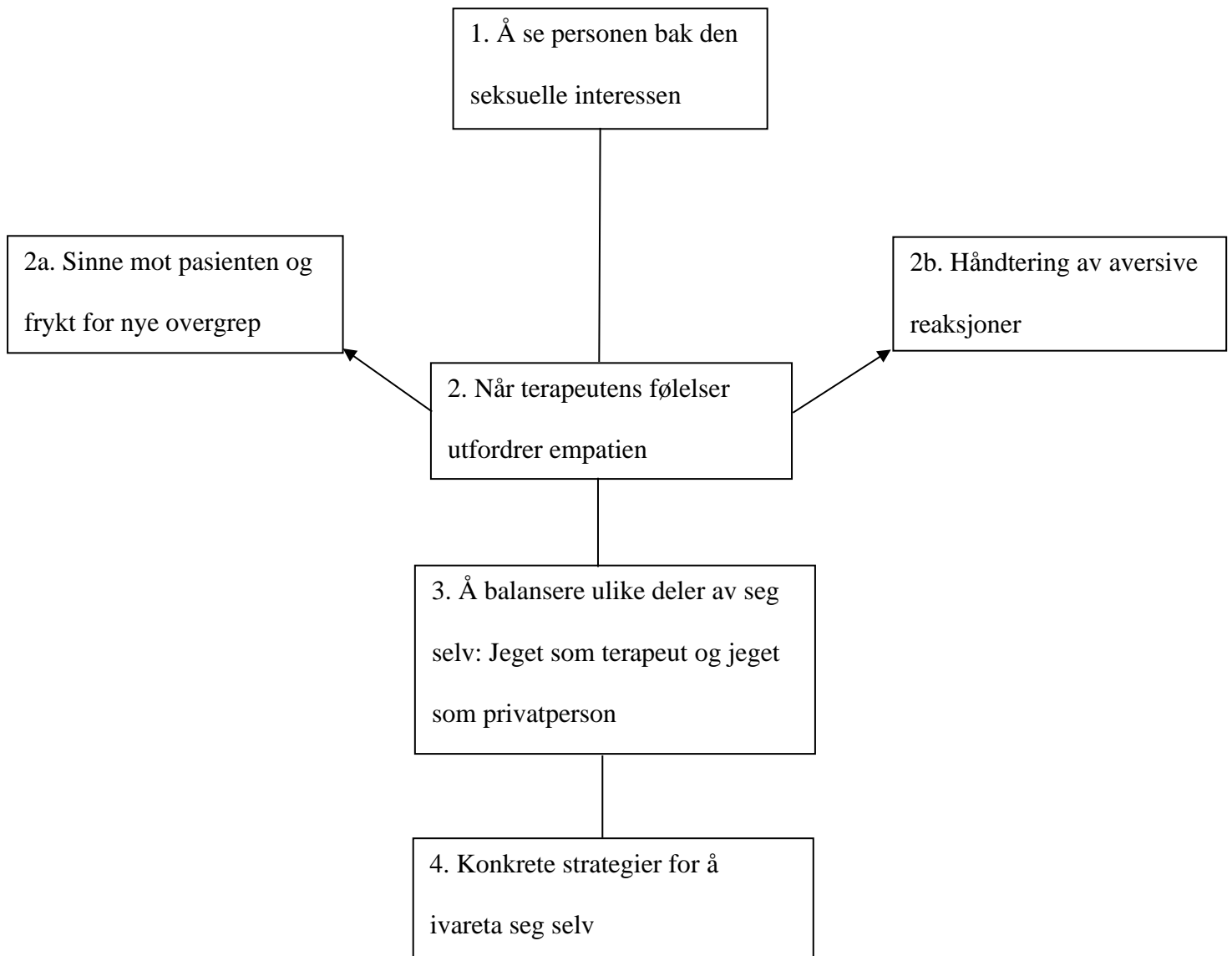
Evt andre?

Spørreundersøkelser viser at andre psykologer vegrer seg for å jobbe med denne pasientgruppen. Hvorfor tror du det er slik?

Avsluttende:

Er det noe mer du ønsker å legge til før vi avslutter?

Takk for at du tok deg tid til å bli intervjuet, vi setter veldig stor pris på det. Vil du at vi skal sende deg oppgaven når den er ferdig?

Appendiks B: Figur med oversikt over temaer

Appendiks C: Tabell for temaer og tilhørende koder

Tema	Kode
1. Å se personen bak den seksuelle interessen	Viktigheten av en god allianse Pasientens underliggende behov og verdier Pasientens egen bagasje Unngå labeling Positive følelser i møte med pasienten Om andres holdninger
2. Når terapeutens følelser utfordrer empatien	
2a. Sinne mot pasienten og frykt for nye overgrep	Sinne og frustrasjon Frykt for nye overgrep Reaksjoner på å høre om overgrep/fantasier Kognitiv forvrenging Uspesifisert affektiv respons
2b. Håndtering av aversive følelser	Om å være åpen og transparent i kontakten
3. Å balansere ulike deler av seg selv: Jeget som terapeut og jeget som privatperson	Nummenhet, eller å reagere mindre med mer erfaring Om rollen som terapeut

4. Konkrete strategier for å ivareta seg selv Innvirkning på privatlivet

Selvivaretakelse
