

En sunn seksualitet – et bedre liv

Eva Opdalshei

PsykologspesialistHabiliteringsteamet for voksne, Nordlandssykehuset Bodø
eva.opdalshei@nlsh.no

I Bodø har vi tatt i bruk en ressursfokusert og anerkjennende metode for å hjelpe personer med utviklingshemming og skadelig seksuell atferd.

PERSONER MED UTVIKLINGSHEMNING er særlig sårbare for å bli utsatt for seksuelle overgrep. Habiliteringsteamet for voksne ved Nordlandssykehuset i Bodø har helt siden 1990-tallet jobbet med temaene seksualitet, samliv og forebygging av overgrep. Vi har lenge vært kjent med at en del av overgrepene mot personer med utviklingshemning begås av andre med utviklingshemning, og at studier av personer som har begått overgrep, viser en betydelig andel med kognitive vansker og utviklingshemning (Lindsay, 2013). I de senere årene er vi blitt mer oppmerksomme på at personer med utviklingshemning som utøver skadelig seksuell atferd, er en gruppe med stort behov for oppfølging og behandling. Med vår kunnskap om pasientenes grunnproblematikk og om eksisterende behandlingsformer ønsket vi å gi behandling og støtte til en sunnere utvikling uten nye overgrepshandlinger.

Kontakt med andre fagmiljøer ga oss tro på at behandling er mulig, og de siste årene har vi tilbudt behandling til pasienter som har utøvd skadelig seksuell atferd. Målgruppen har vært personer med lett grad av utviklingshemning som er strafferettslig tilregnelige. Enkelte har blitt henvist etter eget ønske, men de fleste kommer fordi andre mener at de trenger behandling, eventuelt at behandling er et premiss i dom. En av våre pasienter, som var dømt for overgrep mot mindreårige, sonet dommen på en institusjon som vi samarbeidet tett med i behandlingen, i tillegg til at han hadde jevnlig samtaler med politiet om gjennomføring av restriksjoner som lå i dommen. Andre pasienter har blitt anmeldt, men saken har blitt henlagt, eller de er idømt en bot eller betinget straff med prøvetid. Vi samarbeider ofte med politi og rettsapparat, og arbeider for at saken skal behandles i rettsapparatet på en måte som både tar hensyn til pasientens funksjonsnivå og til samfunnets behov for trygghet og rettssikkerhet.

Teoretisk utgangspunkt

Vårt teoretiske utgangspunkt er inspirert av vår veileder gjennom mange år, psykologspesialist Atle Austad fra Institutt for klinisk sexologi og terapi. Under hans veiledning har vi gitt behandling som består av en kombinasjon av samtaleterapi og veiledning av personalet som er rundt pasienten til daglig. Målet er at miljøterapien skal bli en forlengelse av samtaleterapien, slik det er beskrevet i Austad (2009). En slik tilnærming er særlig nyttig for personer med utviklingshemning. Ved at de får tettere og mer samkjørt oppfølging, får de flere muligheter til å lære, og hjelp til å generalisere fra en situasjon til en annen.

Målgruppen har vært personer med lett grad av utviklingshemning som er strafferettslig tilregnelige

For å få flere verktøy i det praktiske arbeidet tok vi i bruk metoden «KRAP» (kognitiv, ressursfokusert og anerkjennende pædagogik), som er utviklet i Danmark (Metner & Bilgrav, 2013; Metner & Storgård, 2008). Selv om KRAP er utviklet fra kognitiv psykologi, og Austads tenkning

har utgangspunkt i karakteranalysen, ser vi et slektskap mellom tilnærmingene. Begge vil bort fra fokuset på at pasienten har et problem som vi som behandlere skal endre. De legger derimot vekt på å møte personen med anerkjennelse og respekt for sine grunnleggende livsbetingelser, og argumenterer for at endring skjer gjennom nye relasjonelle erfaringer. Kanskje virker det underlig å ta i bruk en metode som er både anerkjennende og ressursfokusert overfor personer som har utført handlinger som gir grunn til alt annet enn anerkjennelse? Vi opplever det som befriende å jobbe etter dette grunnsynet. De pasientene vi har hatt som har utøvd skadelig seksuell atferd, har uten unntak vært svært sårbare personer, og motivasjonen for å komme i behandling har vært svingende eller lav. Uten en grunnleggende anerkjennelse hadde vi ikke kommet i posisjon til å hjelpe dem til å unngå overgrepshandlinger i fremtiden.

Som en del av metoden KRAP er det utviklet en verktøykasse med skjemaer til bruk i endringsarbeid (Metner & Bilgrav, 2013). Vi har erfart at verktøyene fra KRAP skaper et felles utgangspunkt for oss og pasienten. De hjelper oss med å tone oss inn på pasienten, slik at vi kan skape den relasjonen som er nødvendig for å snakke om skambelagte tema. Pasienten fremstår som en person som har verdi, ressurser og krav på respekt, men som også har utfordringer. I KRAP betraktes «problematferden» som forsøk på mestring når personen har det vanskelig. Ved å etablere en slik forståelse kan vi sammen utforske andre måter å mestre på. Vi har brukt mye tid på å jobbe med kasusformulering, eller «kognitiv sagsformulering», slik den er utformet i KRAP (Metner & Bilgrav, 2013). Slik får vi tak i de mer bakenforliggende årsakene til de skadelige seksuelle handlingene. Vi har erfart at kasusformuleringen oppleves som interessant og lite truende for personen med utviklingshemning. Den handler om han selv, og krever derfor mindre abstraksjon og blir mer forståelig og relevant. Arbeidet med kasusformuleringen kan bli en anledning til å luften sorg eller sinne over for eksempel å ha blitt dårlig behandlet av foreldre og lærere, og kan gi personen innsikt i hvordan det påvirker ham i dag. Vi opplever at selv personer som har vansker med resonnering, kan sette ord på sine tanker om seg selv og verden, og se sammenhengen mellom grunnleggende tanker og sin egen handlemåte.

Behandlingen tilpasses individuelt på grunnlag av kasusformuleringen og informasjon som kommer fram gjennom risikovurderinger og andre utredninger. For eksempel var sterk indre uro og impulsivitet et hovedproblem for en av pasientene. Han kjedet seg lett, og satte i gang prosjekter som kunne få uheldige konsekvenser, det kunne være alt fra å innlede relasjoner til andre til å eksperimentere med teknisk utstyr på arbeidsplassen. Her ble arbeid med emosjonell regulering et hovedtema i behandlingen. Emosjonell regulering har også vært sentralt for flere av pasientene som blir lett krenket og sinte, og som håndterer sinnet ved å «avreagere» med seksuell aktivitet. Hos en annen var holdninger til kvinner et tema. Her vektla vi utvikling av empati og forståelse av hvordan tvang påvirker offeret, men også regler for samtykke til seksuell omgang og utvikling av sunn seksualitet.

Behandlingen kan deles inn i arbeid med den generelle sosiale og emosjonelle kompetansen (sosial kompetanse, emosjonell regulering og empati), der individualterapien bør gå hånd i hånd med miljøterapien, og mer spesifikk jobbing med seksualitet og forebygging av nye skadelige seksuelle handlinger. Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av hvordan vi jobber.

Sosial kompetanse

Et behandlingsmål bør være bedre sosial kompetanse. Bedre sosiale ferdigheter vil øke pasientens mulighet for å utvikle nære relasjoner og bedre tilknytning til andre. Sosialt samspill er komplekst,

med regler som stadig skifter uten at dette signaliseres eksplisitt. Samspillet krever evne til å generalisere, tilpasse seg og å lære av egne erfaringer, noe som er vanskelig for personer med utviklingshemning. Mange av dem har vansker med å få venner. Det medfører at de får mindre erfaring med sosialt samspill enn sine jevnaldrende, og mangelen på bekreftelse fra andre kan føre til et negativt selvilde. I søken etter en partner tar vi med oss våre tidligere erfaringer med å bli akseptert og avvist sosialt, erfaringer fra nære vennskap og møter med nye mennesker. Vi bruker den sosiale kompetansen vi har utviklet gjennom deltakelse i andre relasjoner, til å få innpass i en ny type relasjon. Det vil si at negative erfaringer fra sosiale relasjoner, som mange med utviklingshemning har, kan gjøre det vanskeligere å inngå seksuelle relasjoner på en god måte.

Et seksuelt møte mellom to personer innebærer vanligvis nærhet, intimitet og kjærlighet. Ønsket om seksuell kontakt er nær forbundet med lengsel etter nærhet og aksept. Kanskje har personen altfor ofte opplevd å bli avvist. Ved å oppsøke sårbare ofre for å sikre seg seksuell kontakt blir risikoen for avvisning mindre.

Vi jobber terapeutisk med sosial kompetanse ved å gå gjennom konkrete episoder med sosial samhandling fra personens dagligliv. Siden personer med kognitive vansker har problemer med å abstrahere og generalisere, må eksemplene som brukes i samtalene, være konkrete og ikke ligge for langt tilbake i tid. Når for eksempel en primærkontakt er med på samtalene, får vi mer informasjon om hva som skjedde i den enkelte situasjonen, og om bidraget til personen vi jobber med, og de andre som deltok i samhandlingen. Sammen utforsker vi sammenhengen mellom atferd og følelser hos pasienten og menneskene rundt.

Om pasienten har lite sosial kontakt, bør vi jobbe for at han kommer i et miljø som kan gi anledning til å praktisere sosiale ferdigheter i jevnbyrdige relasjoner. Det kan skje ved at vedkommende flytter inn i et bofellesskap, og får en tilrettelagt arbeidsplass og/eller fritidsaktivitet. Bedre sosial kompetanse kan øke personens tilgang til potensielle ofre, ved at de blir flinkere til såkalt grooming, det å påvirke en person slik at man får anledning til å utføre et seksuelt overgrep. Sikkerhet må derfor være et tema når vi samarbeider med bosted og arbeidsplass, både gjennom risikovurderinger og veiledning på gode rutiner for å ivareta sikkerheten.



ANERKJENNELSE Pasientene som har begått overgrep har uten unntak vært svært sårbare personer, og motivasjonen for å komme i behandling har vært svingende eller lav. Uten en grunnleggende anerkjennelse hadde vi ikke kommet i posisjon til å hjelpe dem til å unngå overgrepshandlinger i fremtiden, skriver Eva Opdalshei.

Emosjonell regulering

Reguleringsvansker kan være en viktig faktor hos personer som utøver skadelige seksuell atferd. Ved dårlig emosjonell regulering oppleves egne følelser og behov så utrolig sterkt at man ikke makter å ta inn annen informasjon i situasjonen. Evne til å tåle egne følelser, som opphisselse, ubehag eller sinne, kan øves opp. Det kan skje parallelt med at man øver på innlevelse i andres situasjon, tanker og følelser. Vansker med emosjonell regulering vil ofte vise seg i samhandling med andre i det daglige, utenom seksuelle situasjoner, og egner seg derfor godt som tema i miljøterapi med hyppige samtaler om ting som har skjedd. Personen trenger aksept for at det ikke er gjort i en håndvending å lære selvregulering. Når personen mestrer å utsette egne behov, bør dette bli lagt merke til og fremhevet, slik at han får positiv tilbakemelding og styrket tro på at det går an å lære.

Ved å oppsøke sårbare ofre for å sikre seg seksuell kontakt blir risikoen for avvisning mindre

Mange av dem som har vansker med emosjonell regulering, viser ytre atferd som fører til skjenn og sanksjoner. I veiledning av miljøpersonalet oppfordrer vi dem til å anerkjenne og bekrefte følelsen bak uttrykket hos personen. De bør benevne styrken i sinnet som fører til at personen ødelegger noe, istedenfor bare å kritisere atferden. Ved at følelsen blir gjenkjent og satt ord på, kan personen

utvikle evnen til å uttrykke følelser med ord og ikke bare med uhensiktsmessig atferd. Samtidig unngår personalet å havne i maktkamper, og bidrar isteden til å skape en tillitsfull relasjon.

Empati

Mangel på empati blir ofte foreslått som en forklaring på at noen begår overgrep (Proctor & Beail, 2007). Vi har erfart at våre pasienter viser empati i mange forskjellige situasjoner, men at de har vansker med å vise empati med egne ofre, og vansker med i det hele tatt å snakke om hvordan overgrepet var for offeret.

Vi jobber med utvikling av empati ved å bruke speiling. Man hjelper personen ved å stille spørsmål som: «Hva hadde du tenkt/følt hvis noen hadde gjort sånn mot deg?» Hvis man lykkes med å ta den andres perspektiv, blir det lettere å forutse hvordan den andre vil reagere på det man selv gjør. Når man slik blir oppmerksom på konsekvensene av egne handlinger, blir det lettere å inngå i gjensidige relasjoner og å unngå atferd som er skadelig for andre.

Ansvar for egne handlinger

Det å begå overgrep er skambelagt, og mange som dømmes for overgrep, kommer med bortforklaringer som at de ikke kjente til offerets alder, at forholdet var gjensidig, og så videre. Pasienten kan forsikre oss om at det ikke vil skje igjen, og at behandling ikke er nødvendig. Når en pasient bagatelliserer gjentakelsesfaren, må vi si at vi vet av erfaring at nye overgrep kan skje, selv om den som utøver handlingen, vet at det er galt. Vi understreker at han ikke skal stå alene, men skal få hjelp til å unngå overgrepshandlinger.

Seksualitet er et område der det skal være stor personlig frihet, også for utviklingshemmede

Behandlerne bør kjenne til fakta omkring overgrepet som er begått, gjennom for eksempel å lese dommeravhør eller rettsprotokoller. For å forebygge nye tilfeller av skadelig seksuell atferd kan det være lurt å gå gjennom i detalj det som er skjedd, både skrittene som førte fram til hendelsen, og selve hendelsen. Om det er vanskelig å motivere personen til dette, kan de ikke tvinges til det. Det å kjenne skam ved det man har gjort, kan være et sunnhetstegn. Vi som behandlere må signalisere at vi vet at personen har utøvd handlinger som er ulovlige, og som er skadelige for offeret. Vi kan også støtte ønsket om endring ved å snakke om hvordan det som skjedde, har fått negative konsekvenser for personen som utøvde den skadelige seksuelle handlingen.

Hva er et overgrep?

For å forebygge nye overgrep må vi forsikre oss om at personen vet hva et seksuelt overgrep er. Seksualitet er fremdeles et tema det kan være vanskelig å snakke om, samtidig som vi er omgitt av seksuelle hentydninger. Det kan være vanskelig for en person med kognitive vansker (og i noen tilfeller for alle) å vite akkurat *hva* som er et seksuelt overgrep. Noen regler en entydige og klare, som den seksuelle lavalderen på 16 år. Personen kan likevel trenge påminnelser og veiledning om alltid å forsikre seg om at de han har kontakt med, er over den seksuelle lavalder. Et annet viktig tema er samtykke til seksuell kontakt. Her er det fine skillelinjer mellom å ta initiativ, å mase om sex (som

kanskje er uheldig, men ikke nødvendigvis et overgrep), og å true eller presse. For noen er press og grenseoverskridende atferd i parforhold et aktuelt tema. Andre oppleves som nærgående og krenkende ved måten de berører andre på, ved å vise pornografi til en som ikke ønsker det, eller lignende. Når pasienten har kontakt med potensielle partnere på sosiale medier, kan det gi en unik innsikt i hvordan han kommuniserer, dersom han vil vise det frem i en behandlingstime. Som behandler må man hele tiden ha fokus på relevante eksempler, og drøfte disse på en åpen og saklig måte. Man må også ha øynene åpne for at personer med utprøvende og grenseoverskridende atferd kan være i fare for selv å bli utsatt for overgrep.

Håndtering av egen risiko

Når vi jobber spesifikt med forebygging av nye skadelige seksuelle handlinger, tar vi i bruk deler av behandlingsprogrammer utviklet for ungdom (se faktaboks 1). Programmene bygger på et kognitivt-atferdsteoretisk ståsted, der man vektlegger sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Et sentralt punkt er at overgrep ikke skjer plutselig og uventet, men at det går en prosess forut for overgrepet. Målet er å få innsikt i og endre denne prosessen for å hindre nye overgrep. Det betyr at visse situasjoner og opplevelser kan identifiseres som risikosituasjoner (se faktaboks 2). Sammen med pasienten prøver vi å identifisere risikosituasjoner, for så å komme fram til konkrete alternative handlinger personen kan gjøre for å redusere risikoen for å utøve skadelig seksuell atferd i slike situasjoner.

Vi holder muligheten åpen for at noen utøver skadelig seksuell atferd uten at det skjer en trinnavvis prosess i forkant. En person som er impulsiv og bare *må* gjøre ting, kan ha vansker med å motstå sine impulser og tanker om seksuelle handlinger. For noen kan impulsiviteten være så sterk og så vanskelig å motvirke at de selv verken tar ansvar for handlingene de har gjort, eller har tro på at de kan gjøre noe for å forebygge nye hendelser. Hvis det er tilfellet, og det er vanskelig å jobbe med bevisstgjøring og håndtering av egen risiko i behandlingen, må det få konsekvenser for hvilke miljøtiltak vi anbefaler. Noen pasienter har nytte av et opphold på Sentral fagenhet for tvungen omsorg på St. Olavs hospital. Der tilbys tett oppfølging og en mer systematisk tilnærming til å ivareta sikkerheten for pasienter på ulike risikonivå enn det vi i habiliteringstjenesten kan tilby våre pasienter.

Å utvikle en sunn seksualitet

Å støtte opp om utvikling av en sunn seksualitet bør være en naturlig del av behandlingen. I løpet av behandlingen spør vi om personen kan tilfredsstille seg selv seksuelt, og om dette er noe han får til i sine vanlige, hjemlige omgivelser. Vi prøver å avdekke om personen har et avvikende tenningsmønster som øker risikoen for skadelig seksuell atferd, om han for eksempel tenner seksuelt på barn. Dersom personen kan oppnå seksuell tilfredsstillelse alene, kan vi gå ut fra at det er annen motivasjon bak den skadelige seksuelle atferden. Det er viktig å fortelle pasientene at det er mange, også personer uten utviklingshemning, som lever uten å ha sex med andre. Vi opplever at det er nyttig å snakke direkte og bruke et konkret språk når vi snakker med pasientene. Vi kan si at «alle har rett på et seksualliv, men ingen har rett til å ha sex med andre».

Vi må kartlegge hva og hvor personen har lært om seksualitet. Mange personer med lett utviklingshemning kan lære konkrete fakta på et høyt nivå, men deres evne til vurderinger og forståelse for komplekse sammenhenger, som for eksempel flørt, er ikke like god. Mange har

kunnskapene sine i stor grad fra pornografi, og har ikke tilstrekkelig forståelse for at det som vises der, ikke gir et realistisk bilde av hvordan seksuelle relasjoner oppstår og utvikler seg.

Utviklingen av en sunn seksualitet skjer i samspill med omgivelsene. Vi mener at de som jobber med personer med utviklingshemning, bør ha en raus og positiv holdning til seksualitet. Seksualitet er et område der det skal være stor personlig frihet, også for utviklingshemmede. For mye moralisme og fordømmende holdninger kan redusere personens motivasjon for å samarbeide med behandlingsapparatet. Samtidig oppfordrer vi personalet til å tenke gjennom at de er rollemodeller og bør unngå seksualisert snakk.

Hva oppnår vi?

Vi har erfart at pasientene gjennom behandling kan utvikle evnen til selvregulering, forståelse for hvilke handlinger som er lov, og tillitsfulle relasjoner til sine hjelpere. Andre ganger opplever vi at pasientene mister interessen for behandlingen før vi mener det er riktig å avslutte. Dersom deltakelse i behandling er et premiss i en dom, kan det at dommen er ferdig sonet, medføre at personen med utviklingshemning ikke lenger vil forholde seg til det som er skjedd. Vi som behandlere kan være usikre på om sunne holdninger, regler og atferdsalternativer er godt nok innarbeidet slik at de vil være tilgjengelige i en risikosituasjon. Ved å gjøre en ny risikovurdering kan vi undersøke om risikoen for skadelig seksuell atferd er redusert. På bakgrunn av risikovurderingen presenterer vi ulike risikoscenarier, slik at disse er kjent for andre hjelpere også etter at vi har avsluttet behandlingen. For eksempel kan det være at risikoen for skadelig seksuell atferd øker ved kjedsomhet (personen mister dagtilbud eller venner), eller når et kjæresteforhold tar slutt. Uansett har personer med utviklingshemning som har utøvd skadelig seksuell atferd, fortsatt behov for et utviklingsstøttende miljø med aksept og positive holdninger, der man samtidig er årvåken for mulige risikoer, også etter avsluttet behandling.

Behov for spesialiserte behandlingstilbud

De senere årene har både media og fagfolk rettet oppmerksomheten mot skadelig seksuell atferd hos ungdom under 18 år. Det har bidratt til en nyansering av bildet av hvem som utøver overgrep, og forståelse for at atferden ikke bare er skadelig for offeret, men også for utøveren. I kjølvannet av dette bør det utvikles spesialiserte behandlingstilbud også til personer med utviklingshemning som utøver skadelig seksuell atferd. Det er imidlertid utfordrende å utvikle et spesialisert behandlingstilbud som samtidig er nært og tilgjengelig der folk bor. Tverrfaglige og tverretatlige fagnettverk og konsultasjonsteam kan være et viktig tiltak for å utvikle slike tilbud. Habiliteringsteamet for voksne i Bodø koordinerer fagnettverk for seksualitet og fagnettverk for rettssikkerhet for personer med utviklingshemning i Helse Nord, og skal delta i konsultasjonsteam som er under opprettelse ved Statens barnehus i Bodø. Vi har erfart at fagnettverkene bidrar til at fagfolk får utviklet sin kompetanse gjennom større tilfang av saker og mulighet for å drøfte med andre. Dersom fagfolkene som sitter i fagnettverk og konsultasjonsteam, også er behandlere i enkeltsaker og veileder ansatte i kommunene, øker muligheten for at spesialisert kunnskap om behandling når ut til den enkelte som trenger det.

Praktiske verktøy i samtaler og veiledning

- KRAP (kognitiv, ressourcefokuseret, anerkennende pædagogik) er en samling metoder og idéer som er utviklet ved Psykologcentret i Viborg i Danmark. KRAP bygger på kognitiv teori og behandling, en anerkjennende og positiv grunnholdning til brukere eller pasienter, samt fokus på det som virker i praksis.
- Behandlingsprogrammer utviklet for ungdom: Varig forandring (Bullens & Hendriks, 1997) og G-map-programmet (Print, 2008). Begge disse er oversatt til norsk ved V27, Betanien BUP i Bergen. For utfyllende opplysninger, se Kleive (2016).

Risikovurdering

- ARMIDILO-S (The Assessment of risk and manageability of individuals with developmental and intellectual limitations who offend – sexually) er et instrument for risikovurdering som er utviklet for personer med kognitive vansker og/eller lett psykisk utviklingshemning.
- ARMIDILO-S kan brukes av personer som har opplæring i bruk av instrumentet eller får veiledning av noen som har slik opplæring.
- Skjema og manual kan lastes ned fra www.armidilo.net

Referanser

- Askeland, I.R., Jensen, M. & Moen, L.H. (2017). Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. – kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til en landsdekkende struktur. Rapport nr. 1/2017. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S. Lastet ned fra: www.nkvts.no
- Austad, A. (2009). «Du er en jævla pedo du». Karakteranalytisk veiledning av miljøterapeuter som jobber med ungdom. I: J. Sletvold & M. Børstad (red.), *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 193–223). Oslo: Kolofon forlag.
- Bullens, R. & Hendriks, J. (1997). *Varig forandring. Behandlingsprogram for unge overgripere*. Norsk oversettelse: Bergen: V27.
- Kleive, H. (2016). Barn som forgriper seg på barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53 (11), 912–918.
- Lindsay, W.R. (2013). Cognitive-behavioral treatment for inappropriate sexual behavior in men with intellectual disabilities. I: J.L. Taylor, W.R. Lindsay, R.P. Hastings, & C. Hatton (red.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (s. 173–192). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Metner, L. & Bilgrav, P. (2013). Kognitiv, ressourcefokuseret og anerkennende pædagogik – metoder og redskaber. Fredrikshavn: Dafolo forlag.

- Metner, L. & Storgård, P. (2008). *Kognitiv, ressourcefokuseret og anerkendende pædagogik*. Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Print, B. (2008). *The G-map group treatment programme handbook*. Manchester: G-MAP. Norsk oversettelse: Bergen, V27.
- Proctor & Beail (2007). Empathy and theory of mind in offenders with intellectual disability. *Journal of intellectual & developmental disability*, 32(2), 82–93.