

## **The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd**

Kristoffer Høiland

## **The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd**

Vi har lite kunnskap om hva som virker i behandlingen av personer dømt for seksuallovbrudd. Likevel må vi forsøke å jobbe mest mulig evidensbasert med gruppen for å hindre tilbakefall og heve kvaliteten i feltet. The Good Lives Model i kombinasjon med kunnskap fra psykoterapiforskningen kan være en farbar vei i behandlingen av disse pasientene.

Seksuelle overgrep og seksuell vold er et omfattende samfunnsproblem (Steine et al., 2012). Likevel finnes det få behandlingstilbud til dem som begår seksuallovbrudd i Norge i dag. En ny rapport fra NKVTS om behandlingstilbudet til barn og unge som begår seksuelle overgrep, viser at selv om alle helseregioner har et tilbud til gruppen, varierer innholdet og kvaliteten i behandlingen mye, og mange fagpersoner føler seg ikke kvalifisert til å jobbe med problematikken (Holt, Nilsen, Moen & Askeland, 2016). En annen rapport viser at halvparten av de spurte enhetene ikke behandler voksne som begår seksuell vold (Askeland et al., 2016). I tillegg var seksuell vold flere steder et eksklusjonskriterium for behandling. Barne- og likestillingsdepartementets (2016) opptrappingsplan mot vold og overgrep for 2017–2021 påpeker behovet for å heve kompetansen på feltet.

Det er ordinære poliklinikker i psykisk helsevern som er ansvarlige for å gi innsatte i norske fengsler et tilbud. Det gjelder også de som er dømt for seksuallovbrudd og har behov for behandling, og som har rett på oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg har poliklinikkene ansvar for dem som har begått seksuallovbrudd, men som ikke er dømt for det. Denne gruppen vet ofte ikke hvor de skal henvende seg, og ofte får de ikke et tilbud.

Flere tiår med forskning har ikke vist effekt av behandling av seksuallovbruddsdømte – behandling virker ikke å redusere risiko for nye lovbrudd. Likevel må vi forsøke å jobbe mest mulig evidensbasert med gruppen. Det innebærer å benytte seg av den beste forskningen som er tilgjengelig på det nåværende tidspunkt. Dette er i tråd med prinsipperklæringen for evidensbasert praksis, som sier at behandling skal baseres på beste forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper, verdier og kontekst. I dette bidraget skal jeg vise hvordan Risk-Need-Responsivity (RNR)-prinsippene (Andrews & Bonta, 2010) og Good Lives-modellen for behandling av seksuallovbruddsdømte (Yates, Prescott & Ward, 2010; Ward & Willis, 2016) kan være en fruktbar behandlingstilnærming. I tillegg vil jeg integrere kunnskap fra psykoterapiforskningen om hva vi vet virker i terapi. For forskning på intervensjoner, terapeutisk allianse og terapeutferdigheter bør legges til grunn også i arbeidet med seksuallovbruddsdømte. Strukturerede utprøvinger av konkrete metoder som de jeg her skisserer, vil på lengre sikt kunne danne grunnlag for empiriske studier.

## Behandlingseffekt og tilbakefallsrisiko

Behandling for å hindre tilbakefall av personer dømt for seksuallovbrudd har vært studert i over 40 år. Flere metastudier de siste årene viser at behandling har liten eller ingen effekt (Grønnerød, Grønnerød & Grøndahl, 2015; Långström et al., 2013; Schmucker & Lösel, 2015). Långström og medarbeidere (2013) konkluderer med at det ikke finnes støtte for behandlingseffekt for voksne, men at det kan være en viss effekt ved behandling av ungdom. Schmucker og Lösel (2015) finner at behandling har noe effekt, og fremhever at ungdom og personer med høy risiko for tilbakefall er de som har mest nytte av terapi. Grønnerød, Grønnerød og Grøndahl (2015) finner ingen effekt av behandling, og fremhever at den metodiske kvaliteten til studiene ofte er lav. De finner også at studier med lav metodisk kvalitet oftest viser positiv behandlingseffekt. Hanson og Yates (2013) finner i sin oppsummering en viss reduksjon av tilbakefallsrisiko når man sammenligner behandlede med ubehandlede seksuallovbruddsdømte. Datagrunnlaget for oversiktsstudiene er imidlertid tynt, da få enkeltstudier har god nok kvalitet (Levenson & Prescott, 2014). Å si noe sikkert om behandlingseffekt er derfor så langt ikke mulig.

*Utredning av risikofaktorer har en todelt funksjon: Å redusere risiko for gjentagelse er et behandlingsmål, samtidig som risikofaktorene gir informasjon om det er nødvendig med restriksjoner i pasientens liv*

Hva som er god behandling av gruppen, er et komplisert spørsmål: Seksuallovbrudd er en sammensatt kategori av mange typer lovbrudd, seksuallovbruddsdømte er en heterogen gruppe, og de bakenforliggende årsakene til lovbruddene kan være forskjellige fra individ til individ, og det er som nevnt forsket lite på dette (Schmucker & Lösel, 2015). Et annet spørsmål er hvem som skal prioriteres for behandling. Forskning viser at kun et mindretall av de som dømmes for seksuallovbrudd, begår nye seksuallovbrudd (Hanson & Bussière, 1998; Hanson, Thornton, Helmus & Babchishin, 2016). Kun 7–15 prosent har begått nye seksuallovbrudd etter fem år, og det er større sjans for at seksuallovbruddsdømte begår nye ikke-seksuelle lovbrudd enn nye seksuallovbrudd (Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Hanson & Yates, 2013). En studie viste at bare 3 prosent av personer dømt for seksuallovbrudd i Norge hadde begått nye lovbrudd to år etter løslatelse (Graunbøl et al., 2010). Ingen begikk nye seksuallovbrudd. En annen studie har vist at tilbakefall til seksuallovbrudd var 8 prosent i en femårsperiode, og at tilbakefallet til andre former for lovbrudd var 16 prosent (Grünfeldt,

Noreik & Sivertsen, 1998). Selv om det er god grunn til å anta at det finnes mørketall, ser risikoen for tilbakefall ut til å være lav for gruppen som helhet.

Selv om vi ikke har tilstrekkelig empirisk støtte så langt for en terapimodell rettet mot å redusere risiko for nye seksuallovbrudd, finnes det dokumentasjon for virksomme prinsipper for behandling. Risk-Need-Responsivity (RNR-prinsippene) innebærer at behandling er tilpasset personens risikonivå, dynamiske risikofaktorer og særegne behov og kontekst (Andrews & Bonta, 2010). Behandlere velger likevel ofte andre intervensjoner enn de som har empirisk støtte. Dette kan medføre at mange får behandling som ikke er virksom. Yates og Kingston (2015) trekker frem de viktigste grunnene til dette:

- -Behandlere benekter at seksuallovbruddsdømte med lav risiko for nye lovbrudd faktisk eksisterer, noe som innebærer at behandling for tilbakefall iverksettes uten grunn.
- Behandlere tror ikke at det finnes personer i lavrisikogruppen, og ser derfor også disse som høyrisikoindivider, med det resultat at de får behandling uten å trenge det
- Personlige oppfatninger om at alle seksuallovbruddsdømte trenger behandling uavhengig av risiko.
- Politiske og moralske ideer styrer behandlingsintervensjoner uten hensyn til forskningsfunn.

Disse årsakene er ikke særegne for behandling av seksuallovbruddsdømte. Behandlere lar ofte det de kan eller tror virker, avgjøre hva slags behandling de gir (f.eks. Goldfried, 2010). Vi har imidlertid noe kunnskap om intervensjoner som kan være virksomme i behandling av gruppen (Yates & Kingston, 2015), og jeg vil komme inn på disse under.

### **Psykoterapiforskningens bidrag**

Å droppe ut av eller ikke involvere seg i behandling henger sammen med økt risiko for nye overgrep (Hanson & Bussière, 1998). Psykoterapiforskning over flere tiår har vist betydningen av den terapeutiske alliansen for utfall i terapi (Norcross, 2011), uten at dette har vært tilstrekkelig integrert i behandling av seksuallovbruddsdømte (Gannon & Ward, 2014). Men det vi vet om virksomme faktorer i psykoterapi, kan være av stor betydning for behandling av seksuallovbruddsdømte (Gannon & Ward, 2014).

*Flere tiår med forskning har ikke vist at behandling av seksuallovbruddsdømte har effekt i den forstand at behandling reduserer risiko for nye lovbrudd*

Terapeutvariabler og terapeutens personlighet antas å være av stor betydning for utfall av terapi (Baldwin, Wampold & Imel, 2007). Terapeutens evne til å være fleksibel i møtet med pasienten er vesentlig for å danne en god behandlingsallianse. Toleranse, tålmodighet og innlevelse, samt evne til å bevare empati med pasienten, er viktige egenskaper hos terapeuter (Castonguay & Beutler, 2006; Marshall, 2005; Norcross, 2011). I tillegg viser forskning at hvis klinikerer opplever mye engstelse i møte med pasienten, eller har sterke negative reaksjoner på pasienten i timen, påvirker dette utfallet av terapien negativt (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad & Monsen, 2015). Arbeid med seksuallovbruddsdømte kan nettopp vekke sterke reaksjoner, og terapeuten må være bevisst dette og arbeide med det, for å skape en konstruktiv terapiprosess.

Endringsarbeid med seksuallovbruddsdømte foregår primært i regi av kriminalomsorgen, og da i form av manualbaserte terapeutiske programmer, gjerne i grupper. Denne type behandling har blitt kritisert for å ha et for smalt fokus, at årsakskompleksiteten ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, og at tilnærmingene ofte er for konfronterende (Gannon & Ward, 2014; Yates & Kingston, 2015). Forskning viser at seksuallovbruddsdømte er en heterogen gruppe med svært forskjellige behandlingsbehov (Hansson & Bussi re, 1998; Maletzky, 2016). Individualterapi rettet mot den enkeltes unike behov og symptomer gir mulighet til å individualisere behandlingsmål og intervensjoner. I tillegg har pasienten en relasjon til en bestemt terapeut som varer over tid. Individuell, skreddersydd behandling er derfor et gunstig rammeverk for å arbeide med denne gruppen (Schmucker & L sel, 2015).

Variasjonen i utfall som kan tilskrives psykoterapi, er likevel ikke stor, og mye forklares av utenforliggende faktorer (Wampold & Imel, 2015). Forhold utenfor terapien, som pasientens personlighet, miljø og livshendelser, har med andre ord stor betydning for behandlingsresultat og drop-out. Olver og Wong (2009) fant eksempelvis i sin forskning at personer beskrevet som mer psykopatiske (skåre over 25 på PCL-R), droppet ut av behandlingen i noe større grad enn andre.

### **Risikofaktorer og virksomme intervensjoner**

Risk-Need-Responsivity-prinsippene (Andrews & Bonta, 2010) er empirisk støttede behandlingsprinsipper i arbeidet med å redusere risiko for seksuallovbrudd (Hanson, Bourgon,

Helmus & Hodgson, 2009). Prinsippene er likevel i liten grad implementert i praksis (Yates & Kingston, 2015). Risk viser til at den enkelte klients risikonivå bør bestemme behandlingsintensitet og antall behandlingstimer. Jo høyere risiko, dess mer behandling. En person dømt for flere seksuallovbrudd mot begge kjønn, som aldri har vært i parforhold, som identifiserer seg emosjonelt med barn og har avvikende seksuelle interesser, og i tillegg har store vansker med selvregulering og problemløsning, vil for eksempel være i høy risiko for å begå nye lovbrudd. Her peker det seg samtidig ut flere risikofaktorer som bør være mål for behandlingen. Need viser til at de mest effektive intervensjonene retter seg mot personens dynamiske risikofaktorer, det vil si psykologiske og miljømessige faktorer som kan endres, og som henger sammen med økt risiko for tilbakefall. Responsivity dreier seg om at behandlingen må tilpasses den enkeltes spesielle behov og kontekst. Hvis personen for eksempel har lavt evnenivå, er det viktig at den terapeutiske kommunikasjonen tilrettelegges slik at dialogen foregår på et passende nivå.

Et vesentlig aspekt ved behandling av gruppen er altså behovet for å kartlegge risikofaktorer og gjøre risikovurderinger. Mens det i vanlig psykoterapeutisk virksomhet primært er personens egen oppfatning av problemområder og bedring som er det vesentlige, kommer det i denne type behandling inn et annet element, nemlig risiko for gjentagelse. Risikoaspektet er ikke like vanlig å forholde seg til i psykisk helsevern, men de fleste klinikere er i dag vant til å gjøre risikovurdering knyttet til selvmordsfare. Forskning viser at behandlere bør vurdere risiko på en strukturert måte, ut fra etablerte instrumenter, da kliniske vurderinger basert på skjønn er vist å være mindre treffsikre enn strukturerte metoder (Ægisdottir et al., 2006).

Reduksjon av gjentagelsesfare vil være avgjørende for å si om behandlingen virker eller ikke. Utredning av risikofaktorer har derfor en todelt funksjon: Å redusere risiko for gjentagelse er et behandlingsmål, samtidig som risikofaktorene gir informasjon om det er nødvendig med restriksjoner i pasientens liv.

Noen risikofaktorer er statiske, det vil si historiske og derfor primært uforanderlige. Det er vist at ung alder ved lovbruddet, å ikke ha hatt stabile parforhold, tidligere dom for voldshandlinger, flere tidligere anmeldelser eller dommer for seksuallovbrudd, å ha ofre som ikke er i slekt, fremmede ofre, eller mannlige ofre har sammenheng med økt gjentagelsesfare (Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003).

Andre faktorer er dynamiske, det vil si miljømessige, psykologiske og sosiale egenskaper ved en person, som kan forandres. Dynamiske faktorer som er vist empirisk å henge sammen med risiko

for nye lovbrudd, er: seksuelt avvikende interesser og seksuell overopptatthet, positive holdninger til seksuallovbrudd og kognitive forvrengninger, negativ sosial påvirkning, problemer med intimitet, emosjonell identifisering med barn, impulsivitet og manglende evne til problemløsning (Mann, Hanson & Thornton, 2010). Faktorene kan oppsummeres i to overordnede faktorer: avvikende seksuelle interesser og antisosial orientering eller livsstil (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Den sistnevnte er risikofaktor for alle former for kriminalitet. Avvikende seksuelle interesser, seksuell overopptatthet og emosjonell kongruens med barn er faktorer som er spesifikke for risiko for nye seksuallovbrudd. Vi kan også skille ut akutte risikofaktorer, det vil si faktorer som endres raskt enten i miljøet eller intrapsykisk, som ruspåvirkning, tilgang på ofre og emosjonelt sammenbrudd.

Mye av behandlingen som gis seksuallovbruddsdømte, har rettet seg mot behandlingsmål som ikke er risikofaktorer. Dette gjelder intervensjoner rettet mot å overvinne benekting, ta offerets perspektiv, empatiøvelser og ta ansvar for handlingene (Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Yates, 2009). En del behandling har rettet seg mot å øke pasientens kunnskap om seksualitet, men lite kunnskap om seksualitet er ikke vist å være en risikofaktor for nye overgrep.

En del områder både pasient og terapeut vanligvis vil fokusere på, som bakgrunnshistorie, selvfølelse eller forhold til foreldre, reduserer ikke risiko for tilbakefall. På den annen side kan det å jobbe med disse såkalte ikke-kriminogene behovene styrke den terapeutiske alliansen og øke engasjementet for å gå i behandling (Ward & Maruna, 2007). Dette kan være et terapeutisk dilemma. Klinikeren vil neppe komme langt i det terapeutiske arbeidet om han ikke tar pasientens lidelse eller opplevde problemer med i betraktningen (Hanson & Yates, 2013). Hovedsaken blir å ha et overordnet, strategisk perspektiv på behandlingen, der klinikeren gir de dynamiske risikofaktorene oppmerksomhet.

### **Hvem bør prioriteres for behandling?**

Ettersom tilbakefallsraten blant seksuallovbruddsdømte som gruppe i utgangspunktet er lav, er det vesentlig å ha en idé om hvilken risikokategori den lovbruddsdømte befinner seg i. Dømte i lavrisikogruppen har mindre enn 2,4 prosent sjans for å begå nye lovbrudd (Hanson, Helmus & Thornton, 2010). Sjansen er like stor som at en hvilken som helst domfelt plutselig begår et seksuallovbrudd (Duwe, 2012). Ved å behandle lavrisikogruppen er sjansen stor for at behandlingen er uvirksom, og i verste fall kan behandlingen gi negativ effekt med økt tilbakefallsrisiko som resultat

(Andrews & Dowden, 2006; Lovins, Lowenkamp & Watessa, 2009). Denne kunnskapen er viktig når man vurderer hvem som skal få tilbud om behandling. Vi må være klar over at jo lenger en person unngår nye lovbrudd etter løslatelse, dess lavere blir tilbakefallsrisikoen (Harris, Phenix, Hanson & Thornton, 2007; Hanson, Harris, Helmus & Thornton, 2014).

Forskning indikerer at høyrisikogruppen blant seksualovergrepsofdømte har betydelig større sjanse for tilbakefall enn hele gruppen samlet sett (Harris et al., 2003). Disse individene kan ha så mye som 56–70 prosent risiko for tilbakefall i løpet av en tiårsperiode etter løslatelse (Beggs & Grace, 2010; Olver, Wong, Nicholaichuk & Gordon, 2007). Ved å gjøre strukturerte risikovurderinger i forkant av behandling vil man få indikasjon på hvilke personer som bør prioriteres for behandling, og det bør være dem som har moderat-høy eller høy risiko for tilbakefall.

*Selv om det er god grunn til å anta at det finnes mørketall, ser risikoen for tilbakefall ut til å være lav for gruppen som helhet*

Risikovurdering er et sammensatt felt med mange tilnærminger og instrumenter. Hva som defineres som høy, middels og lav risiko, må operasjonaliseres. De fleste strukturerte metoder benytter seg av empiriske data på gruppenivå for å kartlegge de faktorene som henger sammen med risiko for tilbakefall, og gir risikokategorier som lav, moderat og høy. Av de to mest brukte instrumentene er SVR-20 (Sexual violence risk 20) (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997) og STATIC 99/STABLE-2007 (Harris, Phenix, Hanson & Thornton, 2003; Fernandez, Harris, Hanson & Sparks, 2014). En studie viser at både STATIC og SVR-20 har moderat evne til å forutsi tilbakefallsrisiko (Hanson & Morton-Bourgon, 2009). Med andre ord vil denne type vurderinger alltid være usikre.

Forskjellige typer seksuallovbrudd kan også ha ulik risiko for tilbakefall. Det er for eksempel enighet om at personer som har begått incest, har lav risiko for tilbakefall (Wilson & Burns, 2011). Langfeldt (2010) hevder at en differensiert kategorisering av ulike typer seksuelle overgrep har betydning for behandlingstilnærming og dermed utfall. Det finnes en rekke teorier om dette, men evidensen er fremdeles mangelfull (Maletzky, 2016; Wilson & Burns, 2011).

Et individ består av mer enn ett sett risikofaktorer, og personens ressurser og beskyttelsesfaktorer i rehabilitering og behandling får stadig mer oppmerksomhet (Ward & Maruna, 2007; Yates, Prescott & Ward, 2010). Beskyttelsesfaktorer reduserer risikofaktorenes innflytelse. Forskjellen på dem som begår nye lovbrudd, kontra dem som ikke gjør det, handler ikke bare om antall risikofaktorer, men også om hvem som befinner seg i et utviklende miljø, og hvilke



indre ressurser vedkommende har. En fullstendig risikovurdering innebærer derfor både risiko- og beskyttelsesfaktorer (Robbé & Willis, 2017).

### **Good Lives-modellen**

Behandling for å hindre tilbakefall hos personer dømt for seksuallovbrudd skaper utfordringer som klinikerer ikke møter i ordinær poliklinisk behandling. Behandlingen foregår ofte som et resultat av at personen er dømt for lovbrudd, det vil si mens personen sitter i fengsel, eller i etterkant av soningen. Seksuallovbruddsdømte med svært alvorlige lovbrudd, eller gjentatte lovbrudd, kan dømmes til forvaring, noe som innebærer at de må vise endring før de blir løslatt. Dette kan påvirke motivasjonen for å gå i behandling. Et overordnet prinsipp for alt endringsarbeid er å finne ut hva som motiverer et individ. En helhetlig behandlings- og rehabiliteringsmodell må legge personens egen motivasjon til grunn for arbeidet.

Good Lives-modellen (GLM) er utarbeidet for å fremme personlig vekst og utvikling, samtidig som den integrerer arbeid med dynamiske risikofaktorer i behandlingen (Ward, Yates & Willis, 2012; Yates, Prescott & Ward, 2010). Modellen tar utgangspunkt i menneskelig agens, at vi er målrettede og handlende aktører (Ward & Willis, 2016). Agens er kjennetegnet av: 1) evnen til å sette seg mål, lage planer og strategier, 2) iverksette disse planene og evaluere dem, og 3) revidere mål og planer ut fra utfallet. Hvilke mål en person setter seg, og muligheten han eller hun har for å oppnå målene, vil være et resultat av miljøet en person befinner seg i, og tilgjengelige ressurser. I GLM går man ut fra at relasjoner til andre mennesker har en grunnleggende betydning for hvilke valg en pasient tar. Visse psykologiske, sosiale og miljømessige prosesser ses som dynamiske risikofaktorer som hindrer normal fungering og kan ødelegge en persons relasjon til seg selv og andre. Behandlingsmodellen bygger i stor grad på generell kunnskap om hva som fører til endring, i samsvar med annen psykoterapeutisk virksomhet.

I GLM oversettes en persons verdier og ønsker til konkrete, daglige mål og handlinger. Terapeuten utforsker den seksuallovbruddsdømtes personlige preferanser, holdninger, verdier og mål i livet. Modellen legger vekt på hva pasienten ønsker å oppnå, heller enn hva vedkommende vil unngå. Til grunn finnes idéen om at alle mennesker søker enkelte opplevelser, følelsetilstander og goder, knyttet til økt livskvalitet og velvære. Dette betegnes som felles livsmål eller primære goder og inngår i personens livsplan (Yates, Prescott & Ward, 2010). Strategiene en person bruker for å

skaffe seg godene eller oppnå målene, kalles sekundære goder, og disse kan være hensiktsmessige eller uhensiktsmessige. Ut fra disse begrepene forsøker klinikerer og pasienten å konstruere en livsplan i perioden da seksuallovbruddet fant sted, samt personens ønskede mål for fremtiden. Hvis innholdet i livsplanen blir mer konstruktivt og positivt, er tanken at behovet for å begå lovbrudd faller bort. Modellen opererer ut fra at følgende er primære goder for alle mennesker: liv og helse (leve og overleve), kunnskap (lære og forstå), mestring i arbeid og fritid, personlige valg og uavhengighet, indre ro, relasjoner og vennskap, tilhørighet, mening, glede, velvære og kreativitet.

Forskerne bak modellen forstår kriminelle handlinger som uhensiktsmessige måter å dekke allmennmenneskelige behov på. Terapeuten og pasienten må derfor utforske lovbruddet i detalj for å kartlegge veien frem til hendelsen. Hendelser før, og reaksjoner etter, lovbruddet er av stor betydning, og man forsøker å avdekke hvilke mål som var viktige for personen på tidspunktet for handlingen. Terapeuten og pasienten forsøker så på en strukturert måte å lage en oversikt over pasientens mål, hvilken atferd som ble brukt for å forsøke å oppnå målet, om mer konstruktive strategier kan brukes i fremtiden, og hva som skal til for at disse kan brukes. I sammenheng med dette undersøkes: 1) Er det konflikt mellom klientens mål, altså at målene uforenlige med hverandre? 2) Har klienten hatt et for snevert perspektiv på hva han/hun kan få ut av livet, og hvilke mål eller goder som er viktige? 3) Benytter personen seg av uhensiktsmessige strategier for å oppnå mål? 4) Har personen manglende evner eller kapasitet til å få til det han/hun ønsker seg, eller er det forhold i miljøet som hindrer personen i å skaffe seg det?

Et eksempel: De fleste mennesker søker nære relasjoner til andre, og denne type relasjoner er nødvendig for å ha et godt liv. For noen kan det å begå seksuelle overgrep mot barn være et forsøk på å få dekket sine relasjonelle behov, til tross for at dette skader andre alvorlig. I et slikt tilfelle vil behandlingen kunne rette seg mot å hjelpe personen til å skaffe seg ferdigheter og muligheter til å få dekket sine relasjonelle behov på andre måter. Dette kan innebære å jobbe med forståelse av hva relasjoner er (psykoedukasjon), lære sosiale ferdigheter, eller tilrettelegge miljøet personen befinner seg i. Behandlingen rettes mot de områdene personen har behov for å jobbe med, og behandleren kan bruke et bredt tilfang av terapeutiske metoder.

Behandleren undersøker også hvilke selvreguleringsstrategier personen benytter seg av. Det finnes to overordnede strategier: en direkte og aktiv og en indirekte og passiv strategi (Yates, Kingston & Ward, 2009). Den direkte strategien er når personen søker å oppnå primære goder gjennom seksuallovbruddet. Personen har en mer eller mindre uttalt intensjon om å skaffe seg et

gode. For eksempel kan personen forsøke å få kontroll over sitt liv (autonomi) gjennom bruk av vold mot andre. Den indirekte strategien er når individet ikke har en intensjon om å begå et lovbrudd, men lovbruddet skjer som et resultat av at personen forsøker å tilfredsstillere andre mål eller goder. Et eksempel kan være en person som forsøker å oppnå indre ro ved å drikke alkohol, mister evne til selvregulering på grunn av rus, og begår et seksuelt overgrep.

Når modellen presenteres for pasienten, vektlegger terapeuten muligheten behandlingen gir til å få et bedre og mer innholdsrikt liv. Å håndtere risikofaktorer og nå livsmål er sammenvevd: Hvis personen kan hjelpes til å forstå hvordan risikofaktorer hindrer utvikling, og faktisk hindrer ham eller henne i å skaffe det vedkommende ønsker seg, samtidig som nye ferdigheter læres, kan endring finne sted. Modellen krever at det etableres et samarbeid på tvers av instanser, og behandlingen gir et godt grunnlag for å utarbeide individuelle planer og andre typer planer det er behov for ved løslatelse. Forskningen viser at grundig planlegging er viktig for reintegrasjon i samfunnet etter løslatelse (Scoones, Willis & Grace, 2012; Willis & Grace, 2009). En individuell livsplan i kombinasjon med systemarbeid gjør langsiktig planlegging mulig.

Varighet av behandling eller oppfølging etter løslatelse er ikke bestemt i forkant i Good Lives-modellen. Ideelt sett bør behandling starte før pasienten løslates, og pågå en periode etter løslatelse, da perioden etter løslatelse er en sårbar periode. Oppfølging i denne tiden er viktig. Det er også evidens for at poliklinisk behandling utenfor fengsel har noe bedre effekt enn behandling i fengsler (Schmucker & Lösel, 2015). Good Lives-modellen setter klinikerer i stand til, gjennom utarbeidelse av livsplanen, å lage et rammeverk som ivaretar pasienten best mulig, også etter løslatelse fra fengsel.

### **Avsluttende diskusjon**

Flere tiår med forskning har ikke vist at behandling av seksuallovbruddsdømte har effekt i den forstand at behandling reduserer risiko for nye lovbrudd. Som nevnt kan det være flere grunner til dette: dårlig metodisk kvalitet på studiene, behandlingsmetoder som ikke retter seg mot de riktige risikofaktorene, og at det ikke er gjennomført risikovurderinger. Ethiske problemer med å plassere lovbruddsdømte i kontrollgrupper slik at de ikke får behandling, samt for korte oppfølgingsperioder etter behandling er andre kompliserende faktorer (Schmucker & Lösel, 2015). Kan hende ligger det også andre interesser enn å utvikle best mulig behandling bak utviklingen av terapimodeller. I mange

tilfeller er de som utvikler behandlingsmodeller, de samme som studerer effekten av dem, og disse kan igjen ha økonomiske interesser i å lære opp andre i modellene. At forskere finner bedre effekt når de studerer sine egne metoder, er godt dokumentert i psykoterapiforskningen (Wampold & Imel, 2015). En annen utfordring i forbindelse med metodeutvikling for behandling av seksuallovbrudd er at behandling er organisert på forskjellige måter i ulike land.

Likevel er det av stor betydning å forsøke å jobbe mest mulig evidensbasert med gruppen for å heve kvaliteten i feltet, og det vil si å benytte seg av den beste forskningen som er tilgjengelig på det nåværende tidspunkt. RNR-prinsippene synes så langt å ha mest støtte i forskningen (Yates & Kingston, 2015), og med disse integrert i behandlingen er det større grunn til å tro at risikoen for nye lovbrudd reduseres. I denne sammenheng er det verdt å huske to ting: For det første at den lovbruddsdømte må involvere seg i behandlingen (Hanson & Bussière, 1998). Dette er et fellestrekk ved all virksom psykoterapi: Det må dannes en arbeidsallianse, og pasienten må aktivt delta i egen behandling. Det andre er at seksuallovbruddsdømte er en heterogen gruppe, med hensyn til psykiske lidelser, personlighetsstruktur, tilstedeværelse av parafilier, risikoprofil og selvreguleringsstrategier (Maletzky, 2016). Dette innebærer at individuelle faktorer eller andre faktorer utenfor terapien er med på å avgjøre behandlingseffekten. Terapeuten bør i størst mulig grad individualisere behandlingen, gjennom å forsøke å avklare hva som er den enkeltes behandlingsbehov, problem- og utviklingsområder. Totalt sett opplever majoriteten av de som går i psykoterapi, bedring (Lambert, 2013). Forskning på intervensjoner, terapeutisk allianse og terapeutferdigheter bør legges til grunn for arbeidet også med seksuallovbruddsdømte.

Vi vet ikke nok om hvor mye behandling som er nødvendig for å skape endring, utover at de med høyest risiko for tilbakefall bør få flest behandlingstimer, og at lavrisikogruppen ikke bør behandles. Det har vært anslått at rundt 300 timer er nødvendig for personer i høy risiko, mens 100 - 200 timer kan være tilstrekkelig for dem som befinner seg i moderat risiko (Hanson & Yates, 2013). Disse anbefalingene er basert på klinisk erfaring, eksisterende behandlingsprogrammer og forskning som ikke er utført på behandling rettet spesifikt mot seksuallovbruddsdømte. Forskningen gir ikke entydig svar på hyppighet av behandlingstimer, eller hvor intensiv behandlingen skal være (Hanson & Yates, 2013). Oppsummert finnes det så langt ikke gode nok svar på hvor mye behandling som må til for å redusere tilbakefallsrisiko.

I psykisk helsevern jobber man ikke bare ut fra en tanke om full helbredelse, men også etter prinsippet om skadereduksjon (Yates & Kingston, 2015). Kanskje kan ikke alle uheldige seksuelle

preferanser og fantasier hos en person behandles bort, men det kan være mulig å hjelpe en del personer til å gjøre minst mulig skade. Effekten av dette, både på individ- og samfunnsplan, kan være store. Mindre grad av alt-eller-intet-tenkning om problematikken vil være konstruktivt i behandling og rehabilitering.

Good Lives-modellen har mye til felles med allerede kjente måter å tenke behandling og tilrettelegging på, og kan derfor være en gunstig modell for behandlere å jobbe ut fra. Det mangler i dag forskningsmessig støtte for modellen i likhet med andre behandlingsmetoder rettet mot seksuelle overgrepere. Selv om mange anerkjenner at modellen har positive sider, har den sine kritikere (Maletzky, 2016). Modellens antagelse om at vi alle søker de samme grunnleggende godene i livet (Ward, Yates & Prescott, 2010), er så langt ikke godt nok belagt forskningsmessig. Modellen kan også kritiseres for å være for lite opptatt av situasjonelle forhold, og den kan bli for vag og forenkende i sine overordnede antagelser om hvorfor personer begår seksuelle overgrep, og hva som skal til for å hindre tilbakefall (Maletzky, 2016).

Likevel er det grunn til å tro at Good Lives-modellen har potensial til å redusere tilbakefall. Modellen muliggjør et strukturert rammeverk for behandling der RNR-prinsippene er integrert. Den gir også en mulighet for å kombinere individuell terapi med systemarbeid. Videre innebærer den hovedsakelig intervensjoner som er kjent for de fleste klinikere. Selv om modellen har et bredere siktemål enn ren risikohåndtering, er det viktig å være klar over at å bare jobbe med pasientens livsmål, uten å jobbe med risikofaktorer, i verste fall kan føre til økt fare for nye lovbrudd (Yates, Prescott & Ward, 2010). Modellen ivaretar i større grad responsivitetsprinsippet enn andre modeller, da klinikerer utreder og tilrettelegger ut fra den enkeltes situasjon og fungering. Dette er et grunnleggende prinsipp for å lykkes, som ofte har blitt misforstått eller ikke er tatt høyde for (Yates & Kingston, 2015). Søkelyset på utvikling og ressurser kan bidra til at behandlingen oppleves som mer motiverende for klientene, og resultatet kan være at flere deltar i og fortsetter i behandling. Strukturen i modellen gjør også at den lar seg undersøke empirisk.

### **Avslutning**

Det mangler inntil videre evidens for behandlingseffekt av seksuallovbruddsdømte. Det er likevel grunn til å være optimistisk med tanke på fremtiden. Ved å bruke best tilgjengelig forskning og gjøre seg flere kliniske erfaringer vil vi bli bedre i stand til å tilpasse behandlingen til hver enkelt

og dermed øke sjansen for positivt utfall. Det viktigste er at forskere og klinikere som jobber med gruppen, dokumenterer hva de gjør, på en transparent måte. Kunnskapen som da kommer frem, vil være etterprøvable og stimulere til videre forskning og klinisk arbeid. Good Lives-modellen er et godt utgangspunkt for å gjøre dette.

\* Takk til Christine Friestad for konstruktive innspill i skriveprosessen.

*Teksten er fagfellevurdert.*

## **Referanser**

- Askeland, I.R., Moen, L.H., Nilsen, L.G., Kruse, A.E., Hjemdal, O.K., & Holt, T. (2016). Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, public policy and law*, 16, 39–55.
- Andrews, D.A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment. *International offender therapy and comparative criminology*, 50, 88–100.
- Beggs, S.M., & Grace, R.C. (2010). Assessment of dynamic risk factors: An independent validation study of the violence risk scale: Sexual offender version. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 22, 234–251.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (2007). *Manual for the sexual violence risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: Simon Fraser University.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? I L.G. Castonguay & L.E. Beutler (red.), *Principles of therapeutic change that work* (s. 353–369). New York: Oxford university press.
- Det kongelige barne- og likestillingsdepartement (2016). *Opptappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021*. Oslo.
- Duwe, G. (2012). Predicting first time sexual offending among prisoners without a prior sex offense history. *Criminal justice and behavior*, 39, 1436–1456.
- Fernandez, Y., Harris, A.J.R., Hanson, R.K., & Sparks, J. (2014). *STABLE-2007: Coding manual*. Revised 2014.

- Gannon, T.A., & Ward, T. (2014). Where has all the psychology gone? *Aggression and violent behavior*, 19, 435–446.
- Goldfried, M. (2010). The future of psychotherapy integration: Closing the gap between research and practice. *Journal of psychotherapy integration*, 20, 386–396.
- Graunbøl, H.M., Kielstrup, B., Muiluvuori, M-L., Tyni, S., Baldursson, E.S., Gudmundsdottir, H. ... Lindstén, K. (2010). RETUR: En nordisk undersøgelse av recidiv blandt klienter i kriminalforsorgen. Kriminalomsorgens utdanningscenter.
- Grünfeld, B., Noreik, K., & Sivertsen, E.A. (1998). Straffedømte sedelighetsovergripere: Hvor stor er tilbakefallsrisikoen? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 118, 63–66.
- Grønnerød, C., Grønnerød, J.S., & Grøndahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: A meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, violence & abuse*, 16, 280–290.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 348–362.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal justice and behavior*, 36, 865–891.
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Helmus, L., & Thornton, D. (2014). High-risk sex offenders may not be high risk forever. *Journal of interpersonal violence*, 29, 2792–2813.
- Hanson, R.K., Helmus, L., & Thornton, D. (2010). Predicting recidivism amongst sexual offenders: A multi-site study of Static-2002. *Law and human behavior*, 34, 198–211.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, 1154–1163.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological assessment*, 21, 1–21.
- Hanson, R.K., Thornton, D., Helmus, L., & Babchishin, K.M. (2016). What sexual recidivism rates are associated with Static-99R and Static-2002R scores? *Sex abuse*, 28, 218–252.
- Hanson, R.K. & Yates, P.M. (2013). Psychological treatment of sex offenders. *Current psychiatry reports*, 15, 348.

- Harris, A., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2003). *STATIC-99 Coding rules. Revised-2003.*
- Harris, G.T., Rice, M.E., Lalumière, M.L., Quinsey, V.L., Boer, D., & Lang, C. (2003). A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological assessment*, 15, 413–425.
- Holt, T., Nilsen, L.G., Moen, L.H., & Askeland, I.R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.*
- Lambert, M.J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50, 42–51.
- Langfeldt, T. (2010). Is «Pedophilia» a Useful or Confusing Concept? An empirical study on sexual abuse of children, sexual orientation and typology: Implications for therapy. *Sexual Offender Treatment*, 5. Hentet fra: [http://www.sexual-offender-treatment.org/2-2010\\_04.html](http://www.sexual-offender-treatment.org/2-2010_04.html)
- Levenson, J., & Prescott, D.S. (2014). Déjà vu: From Furby to Långström and the evaluation of sex offender treatment effectiveness. *Journal of sexual aggression*, 20, 257–266.
- Lovins, B., Lowenkamp, C.T., & Latessa, E.J. (2009). Applying the risk principle to sex offenders: Can treatment make some sex offenders worse? *Prison journal*, 89, 344–357.
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, R.K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: Systematic review of medical and psychological interventions. *British medical journal (clinical research ed.)*, 347, f4630.
- Maletzky, B.M. (2016). *Sexual abuse and the sexual offender: Common man or monster? London, UK: Karnac Books.*
- Mann, R.E., Webster, S.D., Schofield, C., & Marshall, W.L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 65–75.
- Marshall, W.L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 17, 109–116.
- Nissen-Lie, H.A., Havik, O.E., Høglend, P.A., Rønnestad, M.H., & Monsen, J.T. (2015). Patient and therapist' perspectives on alliance development: Therapists' practice experiences as predictors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22, 317–327.



- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford university press.
- Olver, M.E., & Wong, S.C.P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*, 328–336.
- Olver, M.E., Wong, S.C.P., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the violence risk scale-sexual offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological assessment, 19*, 318–329.
- Robbé, M. d.V., & Willis, G.M. (2017). Assessment of protective factors in clinical practice. *Aggression and violent behavior, 32*, 55–63.
- Scmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international metaanalysis of sound quality evaluations. *Journal of experimental criminology, 11*, 597–630.
- Scoones, C.D., Willis, G.M., & Grace, R.C. (2012). Beyond static and dynamic risk factors. *Journal of interpersonal violence, 27*, 222–238.
- Steine, I.M., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I.H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*, 950–957.
- Yates, P.M. (2009). Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism? A review and treatment implications. *Psychology, crime & law, 15*, 183–199.
- Yates, P.M., & Kingston, D.A. (2015). The shortcomings of sexual offender treatment: Are we doing something wrong? I D.R. Laws & W. O'Donohue (red.), *Treatment of sex offenders* (ss. 261–279). Switzerland: Springer international publishing.
- Yates, P.M., Kingston, D.A., & Ward, T. (2009). *The self-regulation model of the offense and relapse process: 3*. Carmarthen, UK: Crown house publishing.
- Yates, P.M., Prescott, D., & Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and self-regulation models to sex offender treatment: A practical guide for clinicians*. Brandon, VT: Safer society press.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Second edition. New York, NY: Routledge.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. London: Routledge.

- Ward, T., & Willis, G.M. (2016). Responsivity dynamic risk factors and offender rehabilitation: A comparison of the Good Lives model and the risk-need model. I D.R. Laws & W. O'Donohue (red.), *Treatment of sex offenders*, (s. 175–190). Switzerland: Springer international publishing.
- Ward, T., & Yates, P.M., & Willis, G.M. (2012). The Good Lives model and the risk need responsivity model. *Criminal justice and behavior*, 39, 94–110.
- Willis, G.M., & Grace, R.C. (2009). Assessment of community reintegration planning for sex offenders: Poor planning predicts recidivism. *Criminal justice and behavior*, 36, 494–512.
- Wilson, R.J., & Burns, M. (2011). *Intellectual disability and problems in sexual behaviour: Assesment, treatment, and promotion of healthy sexuality*. Holyoke, MA: NEARI Press.
- Ægisdóttir, S., et al. (2006). The meta-analysis of the clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The counseling psychologist*, 34, 341–382.