



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for psykologi – Det helsevitenskapelige fakultet

«Jeg følger pasientens narrativ i detalj, og så ...»

En kvalitativ studie av norske terapeuters erfaringer med The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd

—

Aman Dip Singh & Leonard Syla

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol. Februar 2022



Forord

Kunnskap som har en umiddelbar praktisk verdi, har alltid vært en inspirasjon for begge kandidatene av denne oppgaven. Artikler, bøker og diskusjoner som gir en ide eller en teori man kan praktisere umiddelbart har alltid vært minneverdige kilder, som kandidatene drar inspirasjon fra. På tokt etter et tema som begge kandidatene brant for, kom en av kandidatene i kontakt med ansatte ved Regional Kompetansesenter for Sikkerhet-, Fengsels-, og Rettspsykiatri - region nord (SIFER Nord), hvor det kom frem at et pilotprosjekt hadde nylig blitt vurdert som avsluttet, og implementasjon av en ny behandlingstilnærming hadde blitt ansett som vellykket. Så hva syntes terapeutene om å jobbe med denne behandlingstilnærmingen? Det var her ideen om å innhente klinisk erfaring direkte fra norske terapeuter startet.

Ved oppstart av den foreliggende studien ble det viktig med ekspertise innenfor fagfeltet, for å best mulig utvikle en intervjuguide som kan fange de ulike fasettene ved terapeuters opplevelse og arbeid. Denne ekspertisen kom, blant andre, via Dagfinn Sørensen og Jana Kristin Maack ved SIFER Nord som vi vil rette en takk til for sine faglige bidrag og kompetanse under utvikling av intervjuguiden.

Vi ønsker å rette en ekstra stor takk til biveileder Jana Kristin Maack, psykolog ved SIFER Nord, for hennes kontinuerlig samarbeid og engasjement fra oppstart til slutt. Hennes faglige bidrag kan ikke beskrives godt nok.

Videre vil vi takke hovedveileder Anna Margrete Flåm. At hun har støttet arbeidet med sine gode innspill, omfattende kunnskap og umålbare engasjement, har vært en betryggelse uten like.

Til slutt takkes deltakerne av studien. Uten deres deltakelse og erfaringer ville denne oppgaven aldri ha funnet sted. Tusen takk og lykke til videre i deres arbeid.

Kandidatene har jobbet med hver seksjon av oppgaven tilsvarende like mye. Der et eventuelt skille kan trekkes, har Leonard Sylva i større grad bidratt med produksjon av tekst, mens Aman Dip Singh har bidratt i større grad med redigering og formatering.

Det er vårt håp og ønske at denne studien kan bidra til en utdypet forståelse for integrasjon og anvendelse av et behandlingstilbud som gis til personer som ofte blir glemt.

**«Jeg følger pasientens narrativ i detalj, og så ...»
En kvalitativ studie av norske terapeuters erfaringer med *The Good Lives Model* i
behandling av personer dømt for seksuallovbrudd**

*“I follow the patient’s narrative in detail, and then...”
A qualitative study of Norwegian therapists’ experiences with *The Good Lives Model* in
treatment of persons who have sexually offended*

PSY-2901 Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi

Våren 2022



UiT / NOREGS ARKTISKE
UNIVERSITET

Aman Dip Singh & Leonard Sylva

Hovedveileder: Anna Margrete Flåm
Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for psykologi
UiT - Norges arktiske universitet

Biveileder: Jana Kristin Maack
Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri (SIFER-Nord)
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UiT – Norges arktiske universitet
Det helsevitenskapelige Fakultet, Institutt for psykologi

«Jeg følger pasientens narrativ i detalj, og så ...»

En kvalitativ studie av norske terapeuters erfaringer med bruk av *The Good Lives Model* i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd

PSY-2901: Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi

Våren 2022

Sammendrag

Foreliggende studie undersøker norske terapeuters erfaring med *The Good Lives Model* i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. Terapeutenes erfaring kan gi kunnskap som kan bidra til å videreutvikle modellen og behandlingstilbudet. Data er innhentet gjennom intervju med erfarne terapeuter (n = 5) ved Behandling av Seksuallovbruddsproblematikk i Spesialisthelsetjenesten (BASIS). Datamaterialet er analysert ved bruk av fortolkende fenomenologisk analyse. Sentralt i terapeutenes erfaring fremsto viktigheten av å skape en god terapeutisk allianse. Det jobbes konsekvent for å bygge en fellesforståelse med pasient om hvordan endringsbare risikofaktorer leder til lovbrudd, og hvilke styrker og ressurser hos pasient som kan lede til et bedre liv med redusert sannsynlighet for å begå nye lovbrudd. Samtidig som terapeutene jobber styrkefokuseret, vurderes det som essensielt å ha et realitetsinformert perspektiv på pasientens tidligere handlinger og risikoatferd. For å skape en god progresjon i forholdet mellom styrke og risiko ble noen terapeutiske manøvre vurdert som særlig vesentlige: Dette gjaldt fleksibel bruk av tid, empatisk og språksensitiv tilnærming, og løpende samtaler om og reflekterende former for pasientfeedback på terapeuts forståelse underveis. Ledetråden i dette arbeidet var å følge pasients narrativ, bruke denne som terapeutisk kompass og derigjennom bygge fremtidsnarrativ som muliggjør erfaringsbasert anvendelse av pasients egen styrke og unngåelse av realitetsinformert risiko. I sum viser foreliggende studie den vekt terapeutene legger på å følge pasients narrativ i endringsarbeidet og deres detaljerte utarbeidelse av terapeutiske manøvre for å lykkes med det. På den annen side påpeker terapeutene et behov for utvikling av en større presisjon i modellens metodikk i fremtidig anvendelse av GLM.

Nøkkelord: *The Good Lives Model*, GLM, personer dømt for seksuallovbrudd, BASIS, styrkefokuseret tilnærming, RNR.

Seksuallovbrudd er et stort samfunnsproblem og Norge har ved Justis-, og beredskapsdepartementet i de siste ti år styrket innsatsen betydelig for å redusere forekomsten (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019). Behandling av personer som står i fare for eller har begått seksuallovbrudd betraktes som en viktig del av tiltakskjeden for forebygging av seksuelle overgrep. Erfaringer som behandlere tilegner seg, er av stor betydning for kunnskapsutvikling og styrking av klinisk praksis, samt fremtidige politiske ordninger. Det er derfor av interesse å undersøke norske terapeuters erfaring med *The Good Lives Model of Offender Rehabilitation* (GLM) i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd, som er den rådende behandlingstilnærmingen på feltet.

Begrepsavklaring

I Norge defineres seksuelle overgrep som enhver seksuell handling som omfatter, eller rettes mot, noen som ikke gir, eller er i stand til å gi, sitt samtykke (Straffeloven, 2009, kapittel 26). Denne definisjonen er uavhengig om handlingen som begås gir den utsatte ubehag, frykt eller annen subjektiv opplevelse av krenkelse, eller til og med nytelse. Det er ikke personen som gjør handlingene sin intensjon, handlingens art, eller den utsatte sin reaksjon som definerer om en handling er et seksuelt overgrep, men fraværet av samtykke. Det skilles mellom tre kategorier av slike overgrep; seksuelt krenkende atferd som eksempelvis omhandler blotting, seksuelle handlinger og seksuell omgang (Straffeloven, 2009, kapittel 26). Denne type atferd som utføres mot de som er under 16 år, regnes som seksuelle overgrep mot barn. Straffeloven kapittel 26 definerer voldtekt som 1) seksuell omgang som er skaffet via vold eller truende atferd, 2) seksuell omgang med noen som ikke kan motsette seg handlingen, og 3) bruk av vold eller truende atferd for at noen skal ha seksuell omgang med en annen, eller utføre seksuelle handlinger på seg selv (Straffeloven, 2009, kapittel 26).

I det følgende benyttes begrepet «seksuallovbruddsdømte» for de som har begått seksuallovbrudd og blitt dømt til dette i det norske rettsvesen, jamfør Straffeloven kapittel 26 (Straffeloven, 2009, kapittel 26).

Omfang og konsekvenser av seksuallovbrudd

I norsk sammenheng viser studier av ungdom og voksne at en av fem jenter og en av 14 gutter rapporterer å ha vært utsatt for seksuelt overgrep før fylte 18 år (Hjemdal & Thoresen,

2014; Mossige & Stefansen, 2016; Reneflot, 2020). Forekomststudier i Norge viser videre at en av ti jenter og en av 20 gutter mellom 12 og 16 år har vært utsatt for seksuelle overgrep, og at 4% av barna har vært utsatt gjentatte ganger (Hafstad & Augusti, 2019). For den voksne populasjon rapporterer en av tre kvinner og en av ti menn å ha vært utsatt for seksuelle overgrep (Hjemdal & Thoresen, 2014; Mossige & Stefansen, 2016; Reneflot, 2020). Disse tallene viser at en betydelig del av den norske populasjon har vært, og blir, utsatt for seksuelle overgrep. Omfattende forskning viser at konsekvensene av å være utsatt for seksuelle overgrep ofte er alvorlige (Hanson et al., 2010).

I en systematisk gjennomgang av 19 metaanalyser som undersøkte langtidsvirkninger på psykisk og fysisk helse etter å ha blitt utsatt for seksuelt overgrep i barndom, ble det konkludert med at seksuelle overgrep henger sammen med hele 26 ulike former for uhelse (Hailes et al., 2019). Å være utsatt for seksuelle overgrep gir økt sannsynlighet for selvdestruktiv atferd slik som selvskading, selvmordsforsøk og økt røyk-, og alkoholkonsum (Ports et al., 2016; Trickett et al., 2011), høyere forekomst av angstlidelser (Maniglio, 2013), depresjon (Li et al., 2020), posttraumatisk stresslidelse (Dworkin et al., 2017), og økt forekomst av risiko for suicid (Ng et al., 2018). Norske forekomststudier viser liknende sammenhenger mellom å ha vært utsatt for seksuelle overgrep og helseproblematikk, da spesielt forhøyet sårbarhet for angstlidelser, depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), dissosiasjon, og økt forekomst av selvmordstanker (Hafstad & Augusti, 2019; Hjemdal & Thoresen, 2014). Disse funnene repliserer og utdyper resultatene fra den anerkjente Adverse Childhood Experiences Study (ACE), en longitudinell studie som kartla hvilke konsekvenser negative barndomsopplevelser medfører i voksen alder (Ports et al., 2016; Trickett et al., 2011). ACE-studien viser en statistisk signifikant sammenheng mellom å være utsatt og senere å få redusert helse og livskvalitet, alvorlige helseproblemer og en forkortet levetid.

I tillegg til konsekvensene for de utsatte utgjør seksuallovbrudd også et betydelig samfunnsøkonomisk problem, med kostnader knyttet til helsehjelp, kriminalomsorg, rettslige prosesser, tapt arbeidskraft, forskning, og forebyggende tiltak (Letourneau et al., 2018; Rasmussen et al., 2012).

Oppsummert er seksuallovbrudd et betydelig samfunnsproblem, noe som skaper begrunnelse for å utvikle, samt bedre forstå, hvilke tiltak som kan forebygge forekomst og redusere prevalensen av lovbrudd.

Tiltak for å forebygge seksuelle overgrep

Verdens Helseorganisasjon kategoriserer ulike typer tiltak mot helseproblemer i primær-, sekundær- og tertiærnivå (WHO, 2022). Gjeldende seksuelle overgrep vil primærnivået ta for seg tiltak rettet mot den generelle befolkningen, eksempelvis gjennom edukative program innen kropp, seksualitet og grenser i barnehager og skole, for å hindre seksuelle overgrep. Sekundærnivået retter seg mot situasjoner og personer vurdert som å ha henholdsvis forhøyet risiko for å utløse eller begå seksuelle overgrep. Tertiærnivået innebærer tiltak som rettes mot å redusere konsekvensene av seksuallovbrudd, eksempelvis ved behandling for personer som har begått seksuelle overgrep, for å redusere gjentakelsesfare, samt behandling til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep (Zollner et al., 2014).

I Norge vedtok regjeringen ved Justis- og beredskapsdepartementet en handlingsplan mot voldtekt for årene 2019 til 2021 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019). Med utgangspunkt i det tredje innsatsområdet, som omhandler oppfølging av personer som har gjort seksuelle overgrep, er målet å styrke tilbudet som gis til personer dømt for seksuallovbrudd. For å kunne skreddersy tiltak rettet mot forebygging av seksuallovbruddsproblematikk er det viktig å forstå hvilke personer som tiltakene skal rettes mot og hvordan tiltakene kan gi best mulig effekt. Et essensielt punkt er å etablere kunnskap om personer som begår seksuallovbrudd, hvilke nyanser som finnes innad gruppen, og på hvilke måter oppfølgingstiltak rettet mot personer dømt for seksuallovbrudd, kan forhindre at de gjør nye lovbrudd.

Forskning om personer som gjør seksuelle overgrep

Det er estimert at 30% av seksuelle overgrep mot barn og unge er gjort av andre barn og unge (Vorland et al., 2018). Kripes (2020) viser videre til at 18% av anmeldte for seksuelle overgrep i form av voldtekt var under fylte 18 år. Forskning på feltet viser videre til en redusert forekomst av seksuelle lovbrudd gjort av eldre mennesker, og indikerer at alder er en faktor for om personer gjentatte ganger begår seksuelle lovbrudd (Barbaree & Blanchard, 2008, s. 46, Laws & Ward, 2011, s. 32). Kjønnfordeling av personer som har begått seksuallovbrudd, er relevant kunnskap for utvikling av best mulig behandlingstilbud. Av de totalt 1696 anmeldte for å ha begått voldtekt i Norge i 2019 var 98% menn og 2% kvinner (Kripes, 2020). Oppsummert viser tallene fra norske populasjonsstudier at majoriteten av personer som begår seksuelle

overgrep mot barn, er menn, og mange er unge. Omfattende forskning viser videre til at personer som begår seksuelle overgrep, er en heterogen gruppe (Schmucker & Lösel, 2015; Sullivan & Sheehan, 2016).

Levenson og Grady (2016) fant at personer som har gjort seksuelle overgrep mot andre, har ofte en historikk med omsorgssvikt i barndommen, der omsorgssvikt og usikker tilknytning har kunnet lede til maladaptive tanker om selvet og om andre og lede til dysfunksjonelle atferdsmønstre. I sin studie gjort i en amerikansk fengselspopulasjon, fant de at menn dømt for seksuallovbrudd, hadde tre ganger større sannsynlighet for å ha vært utsatt for seksuelle overgrep selv som barn, to ganger større sannsynlighet for å ha blitt utsatt for fysisk vold som barn, og 13 ganger større sannsynlighet for å ha blitt utsatt for verbal mishandling som barn (Levenson & Grady, 2016).

Ut ifra hva forskning på personer dømt for seksuallovbrudd viser, er det viktig å vurdere personens risiko for gjentagelse, anerkjenner at ulike mennesker har ulike grunner til å begå seksuelle lovbrudd, og at rehabilitering må ta hensyn til den enkeltes persons mottakelighet for behandling (Andrews & Bonta, 2010). Disse punktene formuleres under RNR-prinsippene.

RNR-prinsippene

Fagfeltet vedrørende terapeutisk behandling av personer dømt for seksuallovbrudd, har de siste tiårene hatt en markant utvikling. Donald A. Andrews og James Bonta sin *Risk Need Responsivity Model* (RNR) ble raskt godt mottatt av kriminalomsorgsanstalter verden rundt, og ble den ledende modellen for rehabilitering av personer dømt for seksuallovbrudd (Bonta & Andrews, 2007). RNR-modellen baserer seg på tre prinsipper som antas å være grunnleggende for å redusere sannsynligheten for tilbakefall. Disse tre prinsippene er:

1. Risk. Dette prinsippet baserer seg på at personer med forhøyet risiko for tilbakefall, bør få et mer intensivt tilbud relatert til den problematiske atferden. Eksempelvis vil historikk med kriminell handling være en risikofaktor som indikerer større sannsynlighet for gjentakende atferd, og dermed være grunnlag for å gi et mer intensivt tilbud. Intensitet innebærer hyppighet i intervensjoner, antall samtaler og type tilbud som gis til personen (Bonta & Andrews, 2007).

2. Need. Dette prinsippet sikter mot å avdekke forhold ved mennesket som opprettholder sannsynligheten for at et individ kan være utsatt for å begå kriminelle handlinger. Andrews og Bonta (2010) kaller dette kriminogene behov ettersom de impliserer at personene har trekk ved

seg selv, bakgrunnen sin eller i miljøet som ledet til kriminell atferd, og for å skille de fra andre, legitime behov. De kriminogene behovene er definert som dynamiske (endringsbare) risikofaktorer, som for eksempel kriminalitetsstøttende holdninger, økonomisk status, geografisk lokasjon, relasjoner, bruk av illegale narkotiske stoffer, og aspekter ved antisosial personlighetsforstyrrelse, f.eks. impulsivitet (Ward, 2002). Individuer har også statiske risikofaktorer, som antas ikke mulig å endre, som for eksempel historikk med kriminalitet, genetikk, oppvekst, familie, alder og kjønn. Det er de dynamiske kriminogene behovene et rehabiliteringstiltak eller behandlingstilbud vil legge vekt på å kartlegge, forstå og endre i et forsøk på å redusere sannsynligheten for gjentakende kriminell atferd (Andrews et al., 1990).

3. Responsivity. Dette prinsippet handler om å tilpasse behandlingen til den enkelte, slik at personen best mulig kan motta behandling (Andrews et al., 1990; Ward, Melsner et al., 2007). Dette gjøres ved at de tilbys behandling som er tilpasset ens kognitive evner, motivasjon, kultur og tidligere erfaringer. Generelle prinsipper som antas å åpne for mottakelighet, er terapeutiske trekk som varme og empati, samt evne til å gi ikke-dømmende tilbakemeldinger til mottaker og modellere prososial atferd på en tydelig måte (Sandbukt et al., 2019).

En RNR-tilnærming til behandling av personer dømt for seksuallovbrudd, viser seg å være effektiv for å redusere risiko for tilbakefall hvis programmet fasiliterer ivaretagelse av de tre prinsippene. I en metaanalyse av 70 studier ble det funnet en relativ reduksjon i risiko for nye seksuallovbrudd på 32,6 %, etter behandling med en RNR-basert tilnærming (Gannon et al., 2019). Denne behandlingseffekten står i kontrast til den tidligere rådende antagelsen om at behandling av personer dømt for seksuallovbrudd ikke virker (Hollin & Palmer, 2006, s. 2).

The Good Lives Model: et nytt syn på behandling

RNR-tilnærming har vist seg effektiv i å redusere tilbakefallsrisiko, men flere svakheter ved tilnærmingen har blitt påpekt (Sandbukt et al., 2019). Det fremheves en manglende individualisering i gjennomføringen av et RNR-ledet behandlingstilbud (Polaschek, 2012). Dette ledet til en diskusjon om manglende fokus på motivering ved bruk av en RNR-tilnærming (Marques et al., 2005). Mangel på motivasjon for behandling og frafall fra terapi er en av de ledende indikatorer for tilbakefall av kriminelle handlinger (Hanson & Bussière, 1998; Lösel & Schmucker, 2005).

I formuleringen for responsivitetsprinsippet ved RNR-modellen, som inkluderer

motivasjon for behandling, er det påpekt en svakhet i form av vage forklaringer på hvordan man ivaretar prinsippet i behandling (Polaschek, 2012). I kritikken mot RNR-modellen er det fremhevet at den gir for generelle formuleringer på hvordan man tilpasser behandling til det unike individet (Ward, Melser et al., 2007). Det blir påpekt at modellen tar lite hensyn til spesifikke responsivetskomponenter ved mennesket slik som behandlingsforskjell i forhold til alder, kjønn og kognitiv evne. Det innvendes at med dens generelle formulering av en av dets hovedprinsipper, mister behandlere evne til å opprettholde god teoretisk integritet ved anvendelse av modellen. Spesifikke vurderinger av individets responsivitet havnet i skyggen av generelle betraktninger som leder til svekket integrasjon av modellen (McNeill, 2012). Med utgangspunkt i denne kritikken utviklet Ward, Melser et al. (2007) en ny tilnærming som forsøker å inkorporere de fungerende elementene ved RNR samtidig som de forsøker å gjøre opp for svakhetene.

Ifølge Ward, Melser et al. (2007) har tidligere modeller for behandling, som RNR-tilnærmingen, lagt for stor vekt på reduksjon av risikofaktorer og på de negative aspektene ved personen i behandling. En slik tilnærming kan lede til tiltak som er overfokuset på unngåelse, der det legges vekt på hva pasienten ikke skal gjøre. Ward, Mann et al. (2007) poengterte at det har vært for lite fokus på menneskets behov og hvordan de kriminelle handlingene er forsøk på å dekke det de kaller primære behov hos individet. De foreslår derfor en tilnærming som rettes mot å se hvordan handlingene kan ha vært adaptive i forhold til pasientens behov og hvilket behov som ble dekket av det seksuelle overgrepet på det aktuelle tidspunktet i livet. En slik ny tilnærming vil søke å ta hensyn til og forsterke et menneskes evne til å leve meningsfulle liv i et forsøk på å fremme motivasjon for endring. Der tidligere modeller har fokusert på å kartlegge og redusere risikofaktorer, og dermed inntatt et dømmende perspektiv på menneskets handlinger, tilføres en ny tilnærming som forsøker å motivere pasientene til å dekke egne behov og å skape et liv som er uforenlig med kriminell aktivitet (Ward, Mann et al., 2007)

Ward et al. (2002) argumenterer således for at rehabiliteringsprogram rettet mot personer dømt for seksuallovbrudd bør forutsette at disse personene slik som alle mennesker, har primære menneskelige behov som må dekkes for å leve fullverdige og meningsfulle liv, og at denne typen program bør skape en forståelse for at kriminelle handlinger, inkludert seksuallovbrudd, er maladaptive tilnærminger for å dekke disse behovene. Slike primære menneskelige behov er blant annet kunnskap, mestring i arbeid, autonomi, og relasjon til andre (Willis et al., 2013).

GLM-tilnærmingen understreker med andre ord at personer som begår kriminelle handlinger, på lik linje med andre mennesker, er målorienterte og har behov for å dekke sine primære menneskelige behov (Willis et al., 2013). Med dette som utgangspunkt fremheves et perspektiv for rehabilitering som søker mot å utvikle en styrkefokusert tilnærming til behandling (Ward, 2002). En styrkebasert tilnærming identifiserer risikofaktorer, men legger mer vekt på personens egne ressurser og styrker som kan bidra og veilede vedkommende til å bevege seg mot positive mål og handlinger for å skape et meningsfullt liv, innenfor samfunnets lover og regler (Ward & Stewart, 2003). I henhold til en slik tilnærming skal terapeut hjelpe pasient med å avdekke primære menneskelige behov som er viktige for pasienten, og søke etter hvordan uønsket atferd kan ha vært forsøk på å dekke disse behovene. Innenfor en slik ramme søkes å øke forståelse for hvordan nye aktiviteter og atferder som er prososiale kan dekke de samme primære menneskelige behovene. Dette blir sammen med pasienten konkretisert i en «Godt liv plan» (GLP) som beskriver pasientens viktigste primære menneskelige behov, nåværende og nye midler for å tilfredsstille disse på, samt hindringer, som ofte også representerer pasientens risikofaktorer.

Empirisk grunnlag for GLM

GLM er bygget på og inkluderer RNR-prinsippene. Derfor vil implementering av GLM ivareta RNR-prinsippene som har vist seg å være effektive for å redusere sannsynlighet for tilbakefall. Utviklerne av GLM-tilnærmingen argumenterer derfor for at evidens som støtter RNR, samtidig støtter GLM sitt empiriske grunnlag (Willis & Ward, 2013, s. 316).

Looman og Abracen (2013) kritiserer en GLM tilnærming og poengterer at en GLM-tilnærming får pasienter til å føle seg bedre, men uten å nødvendigvis endre holdning til kriminalitet. De viser til manglende empirisk grunnlag for en GLM-tilnærming til behandling av personer dømt for seksuallovbrudd, og understreker at klinikere “bør være varsomme før de forlater RNR-tilnærmingen, en modell med voksende empirisk grunnlag for effekt, i favør for en modell som ikke viser til store forbedringer i de første studiene som sammenlikner de to modellene” (Looman & Abracen, 2013, s. 35; Olver, 2020).

BASIS-prosjektet og GLM i Norge

Pr. januar 2020 har 25% av innsatte i norske fengsler seksuallovbrudd som grunnlag for

fengselsstraff (SSB, 2021). Bekymring for et manglende behandlingstilbud for denne gruppen i norske fengsler førte til at Søndre Vestfold fengsel via Kriminalomsorgen Sør tok kontakt med Regional helseforetak Sør-Øst-Norge for å utvikle et behandlingstilbud for seksuallovbruddsdømte både under fengselsopphold og etter løslatelse. Ved utgangen av 2014 sendte derfor Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) i Helse Sør-Øst (KPS Oslo) søknad til Helsedirektoratet om midler til et fagutviklingsprosjekt for behandling av personer dømt for seksuallovbrudd i Sør-Øst-Norge. Dette ble starten på BASIS-prosjektet («Behandling av seksuallovbruddsdømte i Sør-Øst-Norge», senere kalt «Behandling av seksuallovbruddsdømte i spesialisthelsetjenesten») finansiert av Helsedirektoratet. Dette fagutviklingsprosjektet ble et pilotprosjekt som pågikk fra 2014 til 2019. Ved oppstart av BASIS ble det besluttet å anvende GLM som tilnæringsmetode for behandlingen. For at behandling skal arbeide mot risikofaktorer, samt undersøke ressurser som pasienter innehar, ble kartleggingsverktøy benyttet.

Verktøy

BASIS forsøker å etterleve need-prinsippet ved bruk av empirisk dokumenterte kartleggingsverktøy for dynamiske risiko- og beskyttende faktorer (Sandbukt, 2019). Et slikt kartleggingsverktøy er *Violence Risk Scale - Sexual Offender version* (VRS-SO) for å kartlegge og vurdere statiske og dynamiske risikofaktorer som påvirker sannsynligheten for gjentakende seksuallovbrudd (Olver et al., 2018). De dynamiske risikofaktorene utgjør pasientens kriminogene behov, som defineres som need-prinsippet. For å kartlegge beskyttelsesfaktorer ble *Structured Assessment of Protective factors for violence risk – Sexual offenders* (SAPROF-SO) (de Vries Robbé et al., 2015). En beskyttelsesfaktor ble definert som trekk ved mennesket som bidrar til å redusere sannsynligheten for at personen begår nye lovbrudd (de Vries Robbé et al., 2015).

Pasienter i BASIS følger pakkeforløpet innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern. Psykiske lidelser utgjør i seg selv ikke en risikofaktor, men kan for noen likevel utgjøre eller forsterke dynamiske risikofaktorer, eksempelvis impulsivitet, sex som mestringsstrategi og interpersonlige problemer. Dette blir viktig å ta stilling til for å ivareta god responsivitet.

Evaluering av pilotprosjektet og veien videre

På grunnlag av erfaringene som ble høstet i pilotprosjektet besluttet Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 at BASIS med en GLM tilnærming skulle implementeres som et behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten i alle helseregionene for personer dømt for seksuallovbrudd (Fristad et al., 2021).

Studiens formål og problemstilling

For kvalitetssikring og videreutvikling av BASIS er det av interesse å undersøke behandlernes erfaringer med å jobbe med GLM med personer med seksuallovbruddsdom og forhøyet risiko for tilbakefall. Fra avslutning av pilotprosjektet er det nå gått tre år hvor GLM har vært behandlingstilnærmingen fra spesialisthelsetjenesten til personer dømt for seksuallovbrudd i Norge. Nå har behandlere mer erfaring, og flere har hatt lengre forløp, avslutning av forløp, og det er større mangfold av saker. En undersøkelse av terapeuters erfaringer vil kunne bidra til å videreutvikle behandlingstilbud, forbedre integrering av behandlingstilnærmingen ved nye institusjoner samt lede til utvikling av terapeutens praksis (Levitt, 2015).

Foreliggende studie undersøker hvilke erfaringer behandlere i spesialisthelsetjenesten har med anvendelse av BASIS med en GLM-tilnærming. Ut fra forfatterens kjennskap, er det ikke tidligere gjort undersøkelser av GLM-orientert behandling som tilbys til personer dømt for seksuallovbrudd i Norge etter implementering av BASIS-prosjektet. Formålet med studien er å undersøke hva behandlerne selv erfarer som viktig i utøvelse av denne terapeutiske tilnærmingen, og å formidle deres kunnskap slik at det kan komme til nytte og gi økt kunnskap om hva som fungerer, hvilke hindringer og fordeler terapeuter erfarer, og gi kunnskap om hensiktsmessige justeringer eller forandringer ved framtidig anvendelse av modellen for denne pasientgruppen.

Studiens problemstilling er:

1. Hvilke erfaringer har norske terapeuter med GLM?
2. Hvordan erfarer norske terapeuter det å jobbe med denne pasientpopulasjonen?
3. Hvordan balanserer terapeutene styrke- og risikofokuset?

Metode

Utvalg

Alle terapeutene tilknyttet BASIS-prosjektet i Norge ble kontaktet og invitert til å delta i studien (Vedlegg 1). Tilbudet for behandling under BASIS finnes ved alle fem helseregioner: Region Nord, Øst, Vest, Sør-Vest og Sør. Totalt var det fem terapeuter som deltok. Terapeutene hadde erfaring fra 6 måneder til over 20 år innenfor fagfeltet som omhandler behandling av seksuallovbruddsproblematikk. Et kriterium ved utvalget var å dekke så mange regioner i landet som mulig.

Alle behandlerne ble kontaktet via email med spørsmål om å delta i en undersøkelse i form av intervju om deres erfaring med bruk av GLM-tilnærming for behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. I samme mail ble det gitt informasjon om studiens formål.

Utvikling av intervjuguiden

Intervjuet tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide som var utviklet på grunnlag av en gjennomgang av relevant forskningslitteratur og deretter kvalitetssikret gjennom dialog med erfarne fagpersoner på området. Intervjuguiden besto av 15 spørsmål som omhandlet terapeutenes erfaringer (Vedlegg 3).

Etiske vurderinger

Søknad ble sendt Norsk senter for forskningsdata (NSD) sammen med intervjuguide og plan for oppbevaring av potensielt personsensitiv informasjon (opptak av stemme). Søknaden ble godkjent 28.09.21 (Vedlegg 2).

Datamaterialet er direkte utsagn fra terapeuter, og sitater fra deltakere brukes for å presisere resultatene som blir presentert. Med dette som grunnlag blir anonymiteten til deltakerne avgjørende. Dette ble vurdert som et avgjørende element å eksplisitt informere deltakere om anonymisering, for å unngå potensielle tilsløringer eller filtrerte meninger fra deltaker. Deltakere ble før oppstart av intervju orientert om at lydfiler blir oppbevart og slettet etter oppgavens godkjennelse.

En annen etisk vurdering er hvilke gunstige konsekvenser denne studien kan ha for deltakerne. Studiens semistrukturerte metode tillater terapeutene refleksjon rundt sin anvendelse av modellen. En samtale rundt metoden kan lede terapeuten inn på refleksjoner rundt egen praksis og refleksjoner som kan potensielt lede til en utdypet forståelse av deres egen rolle i

behandling.

Intervjuprosess

Intervjuene ble gjennomført over nett via et digitalt møteprogram godkjent for bruk på Institutt for Psykologi ved UiT – Norges arktiske universitet. Informantene ble informert om samtykke til studien muntlig ved oppstart av intervju, og skriftlig tilsendt et samtykkeskjema med detaljerte beskrivelser av studien. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene som deretter ble manuelt transkribert av forskerne. Alle lydfiler ble oppbevart på fysiske minnebrikker og oppbevart nedlåst på egnet sted på Institutt for Psykologi, Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet. Lydfilene vil bli destruert etter avsluttet hovedoppgave. Intervjuet ble planlagt til å vare i ca. en time. Imidlertid var det også eksplisitt åpning for at intervjuene kunne vare lenger, da det var et ønske om at informanten fikk formidlet det de ønsket å formidle, og å ha tilstrekkelig tid til å innta en undrende og reflekterende tone gjennom intervjuet. Intervjuene varierte mellom 45 og 70 minutter.

Metode for utspørring av spørsmålene baserte seg på en intervjustil beskrevet av Smith og Osborn (2003) og blir kalt for trakt-metoden for intervju. Dette betyr at intervjuet starter åpent fra intervjueren, etterfulgt av mer oppklarende og eksplisitte spørsmål, i hensikt å starte bredt om opplevelser og tanker før informanten gir utdypende og utforskende svar som er nærmest mulig informantens opplevelse og mening rundt mer utdypende aspekter ved det aktuelle fenomen.

Analyse

Transkribering. Hvert intervju ble tatt opp ved bruk av H1 Zoom opptaker som ble plassert ved siden av datamaskinen intervjuet foregikk på, og ble senere manuelt transkribert over til tekst. Teksten var ordrett hentet fra det auditive datamaterialet, og paralingvistiske aspekter, som pauser, nøling, venteord, gjentakelser og latter, ble også presisert i teksten for å få frem kontekst, som igjen kan bidra til å økt forståelse ved å for eksempel gjøre sarkasme og ironi synlig, samt tydeliggjøre når deltakeren i ulik grad reflekterte rundt spørsmål og egne svar (Smith & Osborn, 2003). Alle utydigheter fra lydfil ble presisert i den skriftlige transkripsjonen slik at forfatterne når som helst kunne vende tilbake for å høre på lydopptaket for oppklaringer ved analyseprosessen.

Kvalitative analyser. «Fortolkende fenomenologisk analyse» er en tilnærming til

kvalitativ analyse med mål om å forstå hvordan mennesker skaper mening i deres interaksjon med verden. Analysemetoden legger vekt på enkeltindividets fortolkning av et fenomen, og forsøker å gå i dybden ved hver informant sine opplevelser enkeltvis, før man forsøker å se sammenheng mellom flere menneskers opplevelse av samme fenomen (Larkin & Thompson, 2012; Pietkiewicz & Smith, 2014). Med hensikt om å få dypere forståelse for hvordan norske behandlere opplever å jobbe med en GLM-tilnærming etter seksuallovbrudd, er analysemetoden en metode som tilstreber å undersøke den enkeltes opplevelse og erfaring, og vurderes derfor som relevant for formålet.

Fortolkende fenomenologisk metode ble utviklet på 1990-tallet, men har sine røtter innenfor filosofi fra sent 1800-tallet innenfor retningene fenomenologi og hermeneutikk (Eatough & Smith, 2017). Fenomenologi er en filosofisk retning som søker å forstå hvordan mennesket erfarer verden som de lever i ut fra menneskets forståelse av omverdenen (Pietkiewicz & Smith, 2014). Det legges vekt på at for å forstå et fenomen så er det viktig å legge mest mulig til side av antakelser og tidligere tilegnet kunnskap om det aktuelle fenomenet. Dette omtales som refleksivitet. Refleksivitet ved kvalitativ forskning handler om å forsøke å skille mellom egne innflytelser og fortolkninger av materialet man jobber med.

I tillegg til å være ledet av fenomenologisk filosofi, så utvider fortolkende fenomenologisk metode sin tilnærming ved å integrere en hermeneutisk forståelse (Eatough & Smith, 2017). Det vil si at det undersøkes hvordan mennesket opplever et spesifikt fenomen samtidig som denne opplevelsen via en fortolkningsprosess kan oversettes til kunnskap for en annen person (Pietkiewicz & Smith, 2014). Utfra denne dobbeltheten blir metodens fortolkende prosess ofte kalt en dobbel hermeneutisk metode ettersom metoden innebærer at informanten har gjort en egen fortolkning av opplevelsen som de meddeler forskeren, og forskeren gjennomfører en fortolkning av utsagnene som blir gitt av informanten (Malterud, 2001).

Refleksjoner. Kvalitativt forskningsarbeid anerkjenner at behandling av data samt gjennomgående analyser av menneskers fortolkninger kan påvirkes av forskerens egne fortolkninger (Malterud, 2001). Gjennom hele analyseprosessen har forskerne av den foreliggende studien hatt løpende dialog sammen om det aktuelle temaet, egne forantagelser, egen kompetanse på fagområdet, og hvordan dette kunne bidra til å moderere intervju- og analyseprosessen. Forskerne la særlig vekt på hvordan egne erfaringer fra arbeid med personer dømt for seksuallovbrudd kunne ligge til grunn for antagelser relatert til suksessfull behandling.

For å unngå at forskerens egne antagelser påvirket intervju- og analyse, ble disse antagelse diskutert både forskerne seg imellom og med kvalifiserte psykologer på feltet.

Analysen av materialet i intervjuene ble utført i form av en trinnvis gjennomgang av hvert intervju for å hente ut de personlige utsagnene til informantene, samt finne fram kategorier i erfaringene deres. Data ble organisert ved bruk av det digitale verktøyet NVivo 12.

Trinn 1. Gjennomgang av transkripsjonen. Første steg i den kvalitative prosessen besto i å lese gjennom transkripsjonene individuelt, i den hensikt å fremskaffe et helhetlig bilde av hva som ble spurt og hva som ble svart, med deskriptive kommentarer rundt utsagnene til informantene, samt reflekterende kommentarer om hvilke overhengende tema som fanget meningen i utsagnet. I denne gjennomgangen ble utsagn markert som anså som viktige for å besvare forskningsspørsmålet. Hvordan markeringer og kommentarer blir gjort er fleksibelt innenfor kvalitativ metode (Malterud, 2002; Pietkiewicz & Smith, 2014; Smith & Osborn, 2003). Hensikten var å danne et overblikk over det enkelte intervjuet, og oppdage viktige elementer. I denne gjennomgangen skrev begge forskerne ut alle intervjuene, og brukte markeringstusjer for å fremheve tekst som deretter ble tatt med videre til neste steg av analysen. Forskerne gjorde egne gjennomganger først, og deretter konfererte sammen om sine fortolkninger som ville gå videre til neste steg i analysen.

Trinn 2. Identifikasjon av tematikk. Andre steg innebar å bruke de deskriptive kommentarene om de markerte utsagnene i intervjuet, og abstrahere tematikk rundt hver av markeringene. Abstraksjonene var mer konsise formuleringer for å abstrahere meningen ut fra datasettet (Pietkiewicz & Smith, 2014). Formuleringene av abstraksjoner dannet de psykologisk meningsbærende enhetene, som skulle være deskriptive nok til at de kunne inneholde informasjon som kan forstås av leseren, uten å ha transkripsjonen som kontekst for utsagnet (Elliot & Timulak, 2005). Tematikk i hvert datasett for seg selv ble identifisert og abstrahert av den enkelte forskeren, deretter samlet forskerne seg og gikk gjennom hver enkelt abstraksjon og sammenliknet tematikk og kommentarer. Der hvor forskerne hadde ulik oppfatning, ble det aktuelle datamaterialet gjennomgått på nytt, for å nyansere abstraksjonene gjort av forskerne. Ved hver uenighet gjennom analyseprosessen ble datasettet brukt til å nyansere forskernes forståelse og tolkning av datamaterialet for å komme frem til enighet.

Trinn 3. Strukturering av abstraherte tema. Det tredje steget innebar å organisere de forekommende temaene og undersøke om enkelte temaer og utsagn henger sammen. Noen

tematiske utsagn ville forsvinne eller legges seg under andre, mer deskriptive abstraksjoner som er tyngre forankret i datamaterialet (Pietkiewicz & Smith, 2014). Hver meningsbærende kode som struktureres, ble gitt en kode for å gjøre det lettere for forskerne å finne fram til i det totale datasettet. Lokasjonskoding på denne måten la opp til lettere tilbakevending til datamaterialet og gjorde abstraksjonene bedre forankret i informantens utsagn, og var med på å forsterke den dobbelt hermeneutiske fortolkning (Elliot & Timulak, 2005).

For å organisere dataene så forskerne etter likheter, ulikheter, nyanseringer av utsagn og erfaringer av lik tematikk. For eksempel ble alle informantene spurt om samarbeid med andre instanser. Her kunne flere svar rundt innflytelser på behandling og fordeler ved samarbeid komme frem. Utsagn som adresserte samarbeidspartnere ble gruppert sammen inn i kategorier. Forskerne gjorde dette steget sammen. Gjennom hele denne prosessen ble eventuelle uenigheter i analysearbeidet håndtert ved å vende tilbake til datamaterialet for gjentatt analyse og diskusjon frem til konsensus.

Trinn 4. En oppsummerende tabell av funn. Det fjerde trinnet av analyseprosessen ble å samle de nå strukturerte temaene inn i en tabell som oppsummerte studiens funn ut fra datamaterialet. Den oppsummerende tabellen består av abstraherte hovedkategorier samt dens underkategorier.

Trinn 5. Finne gullsitater. Det femte og siste trinnet i analyseprosessen var å finne gullsitater. Et gullsitat er et sitat fra deltakeren, som best mulig illustrerer det som er abstrahert (Malterud, 2001). Dette ble gjort ved hjelp av tentative markeringer av potensielle gullsitater gjennom hele analyseprosessen. Valg av gullsitater ble ikke gjort endelig før resultattekst skulle formuleres. Gullsitatene ble valgt ut fra de allerede kodede meningsbærende enhetene fra transkriberingene.

Resultater

Datainnsamlingen ga et nokså rikt kvalitativt materiale. Analysen av datamaterialet resulterte i ni hovedkategorier hvor hver hovedkategori har flere underkategorier. Funnene presenteres tematisk nedenfor. Som hovedregel starter hvert tema med presentasjon av hovedtema og undertema, med påfølgende illustrerende gullsitater.

Tabell 1*Oversiktstabell over temaer informantene beskrev*

Hovedkategori	Underkategori
Relasjonskompetanse	Aktiv tillitsbygging Fokus på affektbevissthet gjennom empatisk arbeid Aktiv pasientkorreksjon på terapeutens forståelse Realitetsfokus
Fordeler med GLM	En humanistisk grunnholdning Gir struktur-redskap Gir transparent progresjon Gir samarbeidsfokus
Pasienthistorie som kompass for terapien	Aktiv forankring av pasients narrativ i GLMs begreper Gjensidig hypotesedannelse Modellfleksibilitet Aktiv ansvarliggjøring Språksensitivitet
Tid som essensielt	Flere runder Timing
Balansering av risiko og styrke	Et eksplisitt og dynamisk perspektiv Styrke først Balansering er formidlingskunst Hindringer for balanse mellom styrke og risiko
Samarbeid mellom etater	Styrkefokus fasiliterer forståelse mellom etater GLM behandling fasiliterer samarbeid Lite tversektoriell forstyrrelse
Særpreg ved pasientgruppens tematikk	Skam, skyld og hemmelighold Fornekting og fordreining av realitet Terapi under soningsbetingelser krever kontinuerlig tillitsarbeid
Parallelle prosesser for terapeut	Utfordrende følelser for terapeut Terapeutens rigiditet Behov for kollegastøtte
Utfordringer ved GLM	Lite intuitiv modell Skjematumg modell Svakhet i metodisk felleskap og direksjon

Relasjonskompetanse

Alle terapeuter trakk fram at relasjonskompetanse er vesentlig i dette arbeidet. Relasjonskompetansen sammenfattes som hvordan terapeutene aktivt skaper et godt terapeutisk forhold med pasientene. Dette blir nyansert i fem underkategorier, som ble fremhevet av alle terapeutene.

Aktiv tillitsbygging. Alle terapeutene vektla som avgjørende å legge til rette for å skape et godt tillitsforhold. Det ble understreket at en god terapeut bør vise interesse for pasienten ved å gi god plass til det pasienten forteller, både utsagn som er direkte relatert til behandling, og de som tilsynelatende ikke er direkte relatert til behandlingsmålene. Det ble videre understreket at en god terapeut aktivt lytter til pasienten og gir uttrykk for omsorg og empati for pasientens utfordringer. Det ble også fremhevet at det er viktig å holde en hverdagslig tone med pasientene, være tilbaketrukket og spille på humor hvis det faller naturlig for terapeuten. For eksempel beskrev en terapeut følgende om hvordan arbeidet med å bygge tillit foregår:

Det er ufattelig vanskelig å si akkurat hvordan man gjør det, men jeg bruker mye humor (...) mye sånn selvironisk humor fordi jeg kan jo snakke i ett sett, så av og til så kan jeg si at 'huff nei, nå skjønner jeg ikke helt hva jeg selv spør om her, skjønner du det?'. (...) Så det er å forsøke å vise at jeg bryr meg virkelig om deg, jeg bryr meg virkelig om å finne ut hvem du er, ikke bare det du har gjort, men det skal vi også finne ut av; hvorfor det ble som det ble, men jeg vil bli kjent med deg.

Fokus på affektbevissthet gjennom empatisk arbeid. Alle terapeutene fortalte om viktigheten av å løfte pasientenes selverkjennelse og å styrke pasientenes egenomsorg. En terapeut understreket for eksempel at pasientene dette gjelder, opplever mye avmakt og at det derfor kreves en god måte å bygge god allianse på: *“mate på med empati og forståelse for at livet er kjipt”*. Det ble fremhevet som særlig viktig å jobbe med de beskyttende faktorene som kommer frem fra pasientenes egen forståelse, da de vurderte det som ikke terapeutisk å bidra til at pasient får dårlig samvittighet, som kan forsterke stagnasjon og depresjon og ikke virke befordrende for endring.

En annen terapeut fortalte at det samtidig er viktig å aktivt se etter hvilke styrker og svakheter som er viktige for pasienten, på slik måte at pasienten selv ser det. Dette betydde å vise

forståelse for hvilke behov pasienten har her og nå, og bruke dette som inngangsport til også å reflektere over hvilke behov som var involvert i seksuallovbruddet. På denne måten, ved hjelp av aktiv empati, skapes grunnlag for progresjon.

Det ble fremhevet av alle at verktøy som terapeutene bruker for å vise empati overfor pasientene, har også som formål å utvikle bedre empatisk evne hos pasientene selv. Et eksempel viser hvordan denne typen arbeid skjer i form av speiling:

(...)bekrefte like mye det følelsesmessige som formidles og ikke bare ordene som sies. Sånn at speilingen blir jo både rettet mot hodet 'jeg hører hva du sier, jeg tror jeg forstår det. Det jeg hører at du forteller er, eller det jeg oppfatter at du sier er.' (...) samtidig speile noe av det emosjonelle det må ha vært en heftig opplevelse, en vond opplevelse'(...)

Aktiv pasientkorreksjon på terapeutens forståelse. Alle terapeutene trakk videre frem at for å fremskynde en god terapeutisk relasjon var det viktig å sjekke med pasient om terapeuten forstår pasienten riktig. Det ble fremhevet at å få tilbakemeldinger fra pasientene kan være en utfordrende prosess. En terapeut fortalte at Feedback-Informed Treatment (FIT) -verktøyet ikke genererte tilbakemeldinger hos enkelte pasienter, og anbefalte derfor heller å bruke dette verktøyet til å invitere pasienten inn i reflekterende prosesser rundt terapeutens forståelse av problemene, og å sjekke med pasienten om terapeuts forståelse var i overensstemmelse med pasientens.

På lignende måte ble det beskrevet at en aktiv utforskende terapeutstil var nødvendig i form av å søke tilbakemelding gjennom oppsummeringer av pasientenes utsagn og dele terapeuts egne refleksjoner. Dette var viktig for å skape trygghet. Dette ble formulert slik:

Også tror jeg hvis man holder seg litt stille da, så tror jeg mange kan, det er bare en antagelse jeg har da, men at de kan oppleve at jeg sitter inne med mine tanker og vurderinger som jeg ikke deler, og det kan være mye verre for dem enn det det egentlig er. Være litt delaktig i samtalen, komme med de refleksjonene man har og si det man tenker på er veldig avvæpnende i samtalene vi har.

Realitetsfokus. For alle terapeutene ble det fremhevet som vesentlig å ha fokus på seksuallovbruddene. Dette betydde å bli informert av risikovurderingen som igjen informerer behandlingsplanen. Det muliggjør å bygge terapien på realistiske vurderinger av hva som kan bli utfordringer i fremtiden for pasienten og å bygge terapiarbeidet på det. En av terapeutene formulerte dette på følgende måte: *“(…) jeg tror det er viktig å opprettholde et positivt fokus samtidig som man klarer å være realitetsorienterende med pasienten, og det vil si å være ærlig på de risikofaktorene som er relevante da (…)”*.

Fordeler med GLM

Alle terapeutene trakk frem fordeler ved bruk av GLM. I fordeler med GLM inngår fire underkategorier, som ble fremhevet av alle. Disse underkategoriene nyanserer hva som er unikt og positivt ved en GLM tilnærmet behandling i møte med personer dømt for seksuallovbrudd.

En humanistisk grunnholdning. Terapeutene erfarte at GLM gir et perspektiv som setter mennesket og dets primære behov først. Alle terapeutene fortalte at fokuset på individets styrker er essensielt i GLM, og tre av dem snakket eksplisitt om hvordan GLM som et rammeverk gir en humanistisk holdning som er essensiell i et terapiforløp med denne pasientpopulasjonen. Dette ble konkretisert ved at GLM ansås som en svært respektfull arbeidsmåte overfor enkeltindividet, der hensikten med GLM er å fremme endringspotensialet et hvert menneske har. En terapeut understreket at GLM gir en grunnleggende holdning som tilrettelegger for at terapeut kommuniserer på en ikke-dømmende måte. Denne terapeuten formulerte det slik: *“(…) ikke være så moraliserende. Vi skal først og fremst få gjennom forståelse og ikke kjeften»*. En annen sa at GLM gir, og er en, forklaringsmodell som sier at alle strever for å dekke menneskelige behov, uavhengig om atferden er hensiktsmessig eller ikke: *“GLM gir en holdning som hjelper terapeut med å se mennesket, og skille (personen) fra handlinger”*.

To terapeuter understreket hvordan aspekter ved GLM sin fremtredenhet i terapirommet kan variere basert på pasientens respons, men at en GLM holdning hos terapeuten likevel hele tiden ligger i bunnen for behandlingen. Det ble formulert slik:

Vi har jo også noen som ikke responderer i det hele tatt på GLMen (...) men så kan man jo det litt i bakhånd likevel da, at man kanskje fisker det litt opp igjen. Også må

man jo se, kan det modnes? Er det noe som plutselig gir mening for vedkommende?

Gir struktur-redskap. Alle terapeutene erfarte at GLM gir et godt grunnlag for struktur i den terapeutiske tilnærmingen. En terapeut understreket at GLM strukturerer grunnleggende og gode måter å jobbe som psykolog på, mens en annen fremhevet at styrkefokus ikke var nytt, men i GLM ble det systematisert og tydeligere strukturert. En tredje understreket at GLM metoden var strukturerende, men ellers veldig lik den måten som vedkommende alltid hadde jobbet.

(...) jeg syns jo veldig mange av elementene i GLM går inn i hvordan man ville ha forholdt seg til pasienter i utgangspunktet, så da har det kanskje blitt litt mer strukturert også de elementene som er i GLM. Er jo, det struktureres jo på en litt annen måte.

Noen vektla også hvordan de ulike utredningsverktøyene har en strukturerende effekt og benyttes for å installere håp. Redskapene tilbyr også en konkret oppskrift på hvordan det kan jobbes med risikofaktorer og samtidig arbeides for endring.

De beskyttende faktorene er også veldig viktig for å få pasienten til å se at det er muligheter for endring, så ikke vi som psykologer sitter og sier «Åh, vi har tro på at du klarer det», men her har vi faktisk statistisk vurdert at du har en høy skåre på en beskyttende faktor så dette har du i deg, og dette kan vi sammen styrke og jobbe med, og dette betyr jo at dette får vi til.

Gir samarbeidsfokus. Flere terapeuter fremhevet at GLM, inkludert GLP, virker befordrende for et godt samarbeid med pasient. Noen viste til at den skaper samarbeid ved at gjensidig hypotesedannelse mellom terapeut og pasient står i sentrum. Andre understreket at bruk av GLP gir inntak til tillit og avvæpning og gir dermed en god innfallsvinkel for å ta opp vanskelige ting. Andre påpekte at metodikken dermed også gjør det lettere å etterleve RNR-prinsippene, hva er konkret risiko i forhold til hva pasienten trenger og ønsker. Dermed etableres samarbeid. Dette ble eksemplifisert slik:

Da tenker jeg at kanskje dem kommer til å klikke litt, men da blir jeg å bruke GLM liksom å snakke om hvordan vi skal jobbe med risikofaktorer og at det blir hindringer i Good Life Planen da. Dem har tatt det ganske bra, altså!

Pasienthistorie som kompass for terapien

Responsivitetsprinsippet ved en GLM-tilnærming innebærer ifølge modellen å anerkjenne pasientens unike trekk, væremåte, historikk og preferanser, for å skreddersy behandlingen slik at pasientens individuelle behov blir møtt. Under intervjuene ble det spurt om hvordan dette prinsippet ivaretas. Terapeutenes erfaringer på dette punktet kan sammenfattes i at pasientenes historie fungerer som behandlingens kompass. Hva dette innebærer ble nyansert i fem underkategorier.

Aktiv forankring av pasients narrativ i GLMs begreper. Tre av terapeutene vektla at GLM-behandling innebærer å lytte etter pasientens historie gjennom et GLM-perspektiv, der man finner begreper og momenter i historien til pasienten som brukes for å reflektere over de ulike begrepene som inngår i GLM. Når deler av historien som pasienten forteller, henger sammen med risikofaktorer eller avdekker primære menneskelige behov, må terapeuten ta tak i disse utsagnene og forankre utsagnene i en GLM-forståelse. Dette ble eksemplifisert slik:

Jeg prøver å alltid forankre når vi snakker om risiko eller når vi snakker om beskyttende faktorer, å forankre i liksom modellen da. Altså, snakk om risikofaktorer som hindringer, beskyttende faktorer som styrker, og at liksom at det handler om hvordan man kan nå målene sine.

Gjensidig hypotesedannelse. Alle terapeutene understreket at det kreves et kontinuerlig samarbeid med pasienten for å få til god behandlingsresponsivitet. Dette foregikk på flere måter. Det skjedde i form av felles refleksjon rundt tidligere hendelser, utforskning av tematikk som har vært vanskelig for pasienten, lytte til pasientens fortelling, oppsummere det man har hørt, og sjekke med pasienten om oppsummeringen stemmer med deres opplevelse for å på den måten å skape samtale og refleksjon rundt temaet og generere hypoteser om hvorfor ting har blitt som det har blitt, og hva som kan lede til et bedre liv i fremtiden. Dette ble konkretisert på følgende måte:

(...) også skaper jeg meg jo hypoteser selv utifra hva det jeg ser og utifra det jeg hører, også ja, kaster baller tilbake og hører om det her stemmer, 'mitt inntrykk av deg, er det her noe du syns er viktig for deg?' (...)

Modellfleksibilitet. Alle fremhevet at modellen tillater terapeuten å være fleksibel i møte med den enkelte, og siden behandlingsforløpene er lange er det mulig for terapeuten å møte pasienten på behov som ikke direkte er knyttet til behandlingsmålene. Terapeutene fortalte at for å sikre god hypotesedannelse med den enkelte pasient blir det viktig å anerkjenne at hver pasient er unik, og terapeuten må tilpasse seg til det unike mennesket. Alle terapeutene snakket om hvordan terapeuten skal tilpasse seg pasientens nivå, og viktigheten av dette ved anvendelse av GLM. Det ble understreket at man skal møte pasientene der de er, og gi plass til at pasienten kan prate om det som er aktuelt for dem ved tidspunktet for møtet. En terapeut nyanserte dette slik at GLM kommer inn som innslag innimellom, og at dens fremtredenhet i dialog med pasient variere ut fra hvor i forløpet man er:

Det hender at pasienten har andre ting som de trenger å snakke om i tillegg som ikke knytter seg direkte mot den GLM planen. Det (terapien) har liksom fokus på det også. Hvis det er andre ting det er viktig å ta opp, ting som jeg tenker vi jobber på en annen måte, så gjør vi gjerne det.

Aktiv ansvarliggjøring. To terapeuter konkretiserte betydningen av å aktivt gi pasienten et eierskap til den terapeutiske prosessen. Å arbeide aktivt for å oppnå pasientenes eget eierskap ble nyansert på følgende måte:

Jeg griper meg selv stadig i å si "Good Life Planen som vi har laget, som vi har laget sammen med deg", sant? Det har nok mest å gjøre med at jeg har brukt tid på å gjøre den til min, sant? Så jeg driver og øver meg på å si "Godt Liv Planen din, Godt Liv Planen som du har laget" sånn at eierskapet blir veldig plassert. Så jo, suksesskriterie nummer 1 er at det blir pasientens plan.

Det ble videre nyansert at ansvaret for å skrive ned sine primære menneskelige behov og tilnærmingene for å nå disse legges over på pasienten for å plassere eierskapet hos pasienten selv. Denne ansvarliggjøringen ble illustrert slik:

Men det er jo noe å huske på som behandler, det tenker jeg er veldig viktig å huske at vi er ikke ansvarlig for hva de gjør, og at vi kan gjøre så godt vi kan på en måte men til slutt er det de som må gjøre jobben, sånn er det med angstpasienter og sånn er det med seksuallovbruddsdømte da (...)

Språksensitivitet. Alle terapeuter fremhevet betydningen av å moderere GLM-modellens begreper for å få det tilpasset den konkrete pasient og for å unngå å skape motstand. Det ble understreket at terapien må skreddersys på detaljnivå for enkelte pasienter. Dette ble eksemplifisert slik:

(...) det er jo også det at det noen av de risikofaktorene som er oversatt til norsk det heter jo kjipe ting, sånn at når vi begynner å snakke om kriminell personlighet f.eks. så er det litt sånn, det kan låse seg litt hos folk da.

Tid som essensielt

Fire av terapeutene fremhevet viktigheten av bruk av tid for at denne pasientpopulasjonen skal kunne ha terapeutisk effekt av samtaleterapi. Terapeutene poengterte strategier og manøvre de tok for å muliggjøre det. Felles for disse manøvrene var at de orienterer seg rundt tid.

Flere runder. Fire av terapeutene fremhevet viktigheten av å ha tilstrekkelig behandlingstid for å kunne la vanskelig problematikk ligge en stund hvis det vekker for mye motstand hos pasienten og hindrer terapeutisk fremgang. En terapeut illustrerte dette med at vedkommende kunne notere seg viktig tematikk og vende tilbake til dette på et senere tidspunkt, når pasienten kunne være mer mottakelig og dermed oppnå en bedre terapeutisk betydning. En annen terapeut understreket at det krever tid for å kunne nå frem til risikofaktorene og å få pasienten til å se sammenhengen mellom et behov og en tidligere handling: *“For å kanskje nå en risikofaktor, så må man kanskje gå tre runder for å komme til den».*

Timing. Alle terapeutene vektla viktigheten av å bruke tid i starten, for å legge

grunnmuren for senere å kunne prate om tunge ting som kan vekke mye motstand. En av terapeutene fortalte at vedkommende aktivt informerer om at det er god tid. To av terapeutene tok opp viktigheten av å ikke forankre terapitimene i GLM for tidlig; her fortalte den ene terapeuten at vedkommende bruker mye tid på å prøve seg frem og å finne gunstig tidspunkt for å ta stilling til risikofaktorer.

(...) men det her er en ekstra vanskelig gruppe på en måte hvor det er andre ting enn symptomlidelser som driver dem, det er liksom dyptgående, langtgående interpersonlige trekk da som på en måte trenger mye tid for å skape endring da (...)

Balansering av risiko og styrke

Et hovedtema som alle terapeutene fremhevet, var utfordringen med å finne en gunstig balanse mellom fokus på styrke og risiko i pågående behandling. På dette området trakk de frem fire undertema.

Et eksplisitt og dynamisk perspektiv. Alle terapeutene fortalte at de har et dynamisk perspektiv på flere av elementene som handler om risikofokuset. Disse dynamiske perspektivene var tydelige og eksplisitte for terapeutene. En av terapeutene, når vedkommende snakker om styrke og risiko, fortalte at retrospeksjon gir en oversikt over behovene og risikoene til pasienten, mens evnen til å reflektere over dette er fremtids og nå-fokusert og gir en arena til å snakke om styrke. Dette dynamiske tidsfokuset tilrettelegger for at pasient og terapeut kan bruke tiden som en variabel for å balansere styrke og risiko. En terapeut fremhevet at risikofaktorer operasjonaliseres som noe dynamisk, og dermed noe endringsbart, i den hensikt å installere håp og motivasjon. På denne måten skaper terapeuten styrkefokus i kontekst av risikofaktor. En annen terapeut poengterte at styrke og risiko ikke er eksklusive fra hverandre; når en jobber med det ene, så tas det hensyn til det andre.

(...) men jeg opplever jo at det er jo ikke det at en må direkte si til pasienten at nå jobber vi med risikoen, men vi sier heller at nå jobber vi med de tingene som gjør at du på en måte kanskje blir hindret i å nå det målet ditt. Så egentlig på en måte så går det på en måte hånd i hanske, fordi, ja jeg trenger ikke si nå er det risiko nå er det beskyttende, men ofte så er jo risikoen der en guide seg med dem mot deres mål da.

Styrke først. Alle terapeutene ga eksempel på hvordan de går frem for å balansere fokuset mellom styrke og risiko. Noen fokuserte systematisk på styrke i starten, andre når pasienten viste motstand og hentet da systematisk styrkefokuset inn igjen. Det ble eksemplifisert slik:

Det kan i sikkert veldig mange tilfeller være mere behandlingsfokusert og gå inn i det som er beskyttende faktorer først (...) hvis du får høre masse om risikofaktorer så kan du også føle veldig at behandlerne dine har et negativt syn på deg, eller at det er en slags tap av håp da.

Balansering er formidlingskunst. Alle terapeutene nevnte at kommunikasjon med denne pasientgruppen har vært utfordrende og gjenstand for ekstra refleksjon ved flere anledninger. Det ble fremhevet at når det kommer til balansering av styrke- og risikofokus, blir kommunikasjon, og dermed kunsten å formidle, sentralt. En av terapeuten understreker at det er lettere for pasienten å være åpen og mottakelig for å snakke om sine positive sider og ressurser hvis terapeuten samtidig er realitetsfokusert. En annen terapeut fortalte at balanse mellom risiko og styrke skapes ved å fremheve hindringer på en meningsfull måte: «*Det er viktig å jobbe med, hvordan kan vi bli bedre på å komme forbi denne motstanden, hvordan kan vi bli bedre på å legge frem de vurderingene vi gjør, samtidig som vi opprettholder ærligheten i det.*»

Det ble fremhevet at tilbakemeldinger ofte vekker motstand og kan bremse progresjonen i terapien, slik at mer tid må brukes for å reparere relasjoner som kan bryte ved tilbakemelding. For terapeuten blir det viktig å finne ut hvordan man som behandler skal stå i motstanden som vekkes, og samtidig fortsette med terapien. Dette ble eksemplifisert slik:

Ja, hvordan levere det på en god måte, ikke gå rundt grøten, (...) gi en ærlig tilbakemelding, samtidig vekke håp for endring, ikke vekke for mye motstand, det å faktisk tåle motstand som kommer og på en måte kunne reparere igjen med pasientene.

Hindringer for balanse mellom styrke og risiko. Alle terapeutene belyste flere

potensielle hindringer for å oppnå en god balanse mellom styrkefokus og risikofokus. Det ble fremhevet at et ensidig fokus på styrke fører til naive vurderinger hos terapeuten. Det ble videre fremhevet at dette er en potensiell fallgrube som er spesielt sannsynlig for en tilnærming som GLM hvor styrkefokus står sentralt. Som en terapeut understreket, kan det også oppstå en fare ved å være for styrkefokusert og at pasienten da kan miste nødvendig tillit til terapeut. Det ble formulert slik:

Hvis man blir sånn positiv psykologi da, og ikke evner å fange opp vanskene pasienten faktisk har, så kan man kanskje i verste fall, så mister pasienten motivasjonen, fordi du sitter bare og forteller meg hvor fint jeg skal få det i fremtiden, men vi jobber jo, jeg får jo ikke jobbet med det som er vanskelig for meg.

På den annen side fremhevet terapeutene også vanskeligheter ved å synliggjøre hindringer i terapi. Dette gjaldt når pasient hadde en annen forståelse av risiko enn terapeut eller når pasienten var uenig i hva som er risikofaktorer. En terapeut eksemplifiserte dette med at det er vanskelig å jobbe med problematikk som seksuelle avvik hvis pasienten ikke vedkjenner seg at pasienten har utøvd seksuelt avvikende atferd. Det kan under terapi også oppstå uenighet om en konkret atferd er styrke- eller risikoorientert: “(...) der dyrker han mer risikofaktorene enn han jobber med å styrke beskyttende faktorer, og det er vanskelig å vise tydelig for han fordi han er så motivert for å fortsette med det (...)”.

Det ble poengtert at et sterkt fokus på risikoperspektivet kan redusere pasientens håp og motivasjon. Det ble samtidig understreket at det også kan være risiko for neglisjering av risikoperspektivet hvis en terapeut ikke har tilstrekkelig erfaring med denne pasientpopulasjonen. Å arbeide GLM-informert kan derfor føre til at terapeut ikke legger tilstrekkelig fokus på den faktiske problematikken og risikoen. Dette ble uttrykt på følgende måte: «*Man blir liksom jobbene med styrke (...) ressurs, fremtid, motivasjon på det, men får ikke ordentlig tak i de underliggende risikofaktorene og får ikke jobbet tilstrekkelig med det*».

Samarbeid mellom etater

For å få et bredt bilde av hvilke innflytelser på behandlingen som terapeuter kan erfare, ble alle terapeuter spurt om hvilke samarbeidspartnere de hadde og hvordan disse påvirket behandlingen. Terapeutene nevnte tre fremtredende områder.

Styrkefokus fasiliterer forståelse mellom etater. To av terapeutene fortalte at GLM gir et styrkefokus som bidrar til å løfte frem og tydeliggjøre pasientens behov for hjelp og bidrag fra andre instanser. Det ble beskrevet at samarbeidspartnere får bedre forståelse for hva behandlingen dreier seg om, og terapeuter erfarer at GLP fungerer som et svært godt verktøy for å kommunisere målsettinger ved behandlingen til samarbeidspartnere. Dette ble uttrykt slik:

Jeg syns jo GLM og særlig Godt Liv Planen er et veldig godt arbeidsdokument å dele med samarbeidspartnere (...). Der lagde vi en - sammen med pasienten da selvfølgelig - en tilpasset Good Life Plan, som skulle brukes for å informere ansvarsgruppa hva som var viktige elementer for han. Og den var også tilpasset for at han kunne dele den med fastlegen sin, og med samboeren sin.

GLM behandling fasiliterer samarbeid. Terapeutene fremhevet to former for samarbeid som fasiliteres i denne modellen. Dette gjelder trepartssamtaler og formøter. En terapeut understreket hvordan trepartssamtaler, hvor samarbeidspartnere, terapeut og pasient er til stede, hjelper med å supplere kunnskap som kan bidra i positiv retning til behandlingen. Terapeuten fortalte hvordan GLP i slike møter kan benyttes for å gi oversikt, forståelse og skape trygghet, ved at GLP er et “*kjempepedagogisk virkemiddel*”. Dette ble uttrykt slik:

Vi har samarbeidsmøtene på Teams. Vi tar opp Godt Liv Planen på skjermen, deler den. Kan gå inn på de enkelte punktene, sjekke ut, sant? Og tilbakemeldingen, hvert fall fra den ansvarsgruppen der da, det er at de har fått en mye bedre forståelse for hva vi holder på med, og at de har til og med eksplisitt sagt at "nå føler jeg meg litt tryggere på at vedkommende vil være i stand til å ikke begå ny kriminalitet».

To av terapeutene understreket de positive erfaringer som skjer gjennom modellens åpning for formøter angående pasient og behandling, og hvordan det å fortelle om hva behandlingen går ut på i slike møter, gjør at terapeutene og eventuelle samarbeidspartnere klarer å snakke godt sammen om fremtidige planer for pasienten. Dette ble eksemplifisert slik:

(...) vi har diskutert det litt her i behandlerteamet også at det kan være nyttig å ha litt

sånn formøter med samarbeidspartnerne for å forklare litt hvordan vi jobber, forklare litt hva er målet vårt med møtet, hva vi ønsker, sånn at alle sammen drar i samme retning (...)

Lite tverrsektoriell interferens. Tre terapeuter vektla at andre sektorer sitt arbeid med samme pasientgruppe ikke virker forstyrrende på anvendelse av GLM-prinsippene i terapien. En av terapeutene fortalte at elementer ved soningsforholdene kan tas opp i terapien, men at det ikke påvirker etterlevelse av GLM. Dette ble formulert slik:

(...) det kan jo være at pasientene tar opp ting i timene som de er misfornøyd med. Betjenter eller kriminalomsorgen eller andre behandlere, eller at de har veldig gode erfaringer med tidligere behandling de snakker om på en positiv måte. De er jo på en måte inne der, men jeg føler ikke at de påvirker måten jeg for eksempel bruker GLM (...)

Særpreget ved klientgruppens tematikk

Gjennom intervjuene la alle terapeutene frem erfaringer de omtalte som utfordringer knyttet til å jobbe med personer med seksuallovbruddsproblematikk. Spesielt gjaldt dette når det jobbes med risikofaktorene som fremkommer under utredningen og de underliggende behandlingsområdene. Særpreget ved pasientgruppens tematikk ble nyansert i tre underkategorier.

Skam, skyld og hemmelighold. Terapeutene fortalte at skam og hemmelighold over lang tid ikke er uvanlig for denne pasientpopulasjonen. Det påpektes derfor at det vurderes som ekstra viktig at terapeutene er rolige og tålmodige med pasientene. To terapeuter nyanserte dette ved at denne pasientpopulasjonen har blitt møtt med mye konfrontasjon, blant annet relatert til tidligere rettssaker, og at det derfor oppleves som særlig viktig å være transparent og åpen, samt ikke-dømmende for å skape en god relasjon. En terapeut illustrerte sine tanker på følgende måte:

(...) de ikke har fått snakket så mye om akkurat dette med seksualitet tidligere. At det litt tabubelagte, seksualiteten, den har ikke fått kommet ut på en åpen måte tidligere kanskje. (...) og grunnen til at jeg tror at de (er) mistenksomme (...), man blir jo forhørt veldig mye, man blir stilt veldig mange spørsmål ved det man sier. Det er veldig mange

rundt deg som har en slags mistro til det du sier og det speiler seg nok veldig tilbake.

Fornektning og fordreining av realitet. Terapeutene fremhevet at pasienter ofte kunne distansere seg fra tidligere lovbrudd. Terapeutene erfarte at det å gi tilbakemeldinger rundt risikofaktorer fort kunne skape “dårlig stemning” i terapirommet. Det ble understreket at det derfor krever arbeid for å kunne ta slikt tema opp til diskusjon.

En terapeut fortalte at det er utfordrende å gi ærlige tilbakemeldinger rundt realiteter som pasienten ikke synes å ha noe ønske om å forholde seg til. En terapeut fortalte at flere av pasientene nekter for å ha gjort handlingene som de er dømt for. *“Jeg trodde de innrømmet det, men det var ikke sånn”*.

Flere terapeuter fremhevet en sviktende evne til mentalisering hos noen i pasientgruppen, og hvordan dette kan skape hindringer for å ta opp temaer som er viktig for oppbygging av innsikt. For at terapien skal ha en størst mulig verdi, så må det derfor også jobbes overfor pasient med hvordan lovbrudd skader andre; det vil si å skape en forståelse for dommen.

Terapi under soningsbetingelser krever kontinuerlig tillitsarbeid. Fire av fem terapeuter understreket erfaringer relatert til det å behandle personer under straffegjennomføring og at dette påvirker behandlingsforløpet. Terapeutene fortalte at noen av pasientene også kan være redde for at behandlingen medfører negative konsekvenser i form av at terapeuten gjør risikovurderinger som kan føre til restriksjoner. Terapeutene fremhevet at de derfor kontinuerlig må forsikre eller betrygge pasienter på at behandling ikke påvirker vilkårene vedrørende straffegjennomføring. En terapeut beskrev dette slik:

Vi må jobbe litt med å adskille det vi skal drive med fra det som handler om soning og soningsprogresjon fordi det er ikke vårt mandat i det hele tatt. Jeg er ikke her for å si om du skal få lov til, eller si noe om at du er et helt trygt menneske ute eller at du ikke er det, men vi skal jobbe sammen for at du skal få et godt liv hvor du kan nå dine behov, dine mål, og ønsker, uten å skade deg selv eller andre.

Parallele prosesser for terapeut

Alle terapeutene vektla at behandling med denne pasientgruppen kan vekke prosesser hos dem selv som kan være til hinder for et godt terapeutisk arbeid. Parallele prosesser for terapeut

ble nyansert i form av tre ulike fenomener.

Utfordrende følelser for terapeut. For alle terapeutene fremkom det at tematikken det arbeides med, kan skape utfordrende følelser for terapeuten selv. Det ble fortalt at de ubehagelige teamene potensielt kan lede til at terapeuter ikke vil jobbe videre med pasientgruppen. Dette ble illustrert på følgende måte:

(...) det må jo sies at det er jo en utfordrende pasientgruppe å jobbe med, for det de har gjort, fordi de har gjort det de har gjort. Det er triggende for terapeuter. Jo mer man går inn i overgrepshistorikken, jo mer ubehag kjenner man jo på (...) Altså hvis metodikk blir litt en måte terapeuten nesten ubevisst unngår å gå for mye inn i det ubehagelige, så, så. Den største risikoen er vel at terapeuten finner ut at det her har jeg ikke lyst til å holde på med.

En terapeut opplevde at det kan oppstå maktkamp i timen der pasienten forsøker å ta kontroll over tematikk og forløpet, og tidspunkt for når det er aktuelt å ta opp de ulike temaene. Terapeuten har erfaring med å ha autoritet i tidligere terapeutarbeid, men i møte med denne pasientgruppen som kan være førende og konfronterende, kan det være særdeles vanskelig å få en gunstig retning på behandlingen. Dette ble beskrevet slik:

(...) dem vil også ha makten i timen og det er veldig viktig å gi dem også, men samtidig er det litt sånn problematisk, og jeg er litt uvant med å ha maktkamp i terapi på en måte, det har jeg aldri tenkt på som et problem før.

Terapeutens rigiditet. Alle terapeutene fremhevet også at overfor denne pasientgruppen kan terapeutens forforståelse og terapeutens behandlingsplaner stå i veien for en meningsfylt progresjon i behandlingsforløpet. Terapeutens opptatthet av selve modellen kan bli for rigid og kan således hindre nødvendig fokus på hva pasienten selv erfarer som viktig i sitt liv. Denne utfordringen ble konkretisert slik:

Så, den største utfordringen ligger nok hos terapeuten. At du blir for rigid, du jobber med denne planen på din måte. Det er terapeutens plan som pasienten skal passe inn i,

og man er i den risikoen som man alltid er, at man har en masse biases som slår inn, få bekreftet sine egne hypoteser (...)

Det ble understreket at ved å jobbe mer rigid, kan terapiformen bli mindre skreddersydd, og pasienter kan droppe ut av behandling da de ikke finner det meningsfylt å jobbe med tematikk som ikke er viktig for dem selv. Dette ble formulert slik: *“(...) en kanskje litt lavere risiko, men med mye høyere konsekvens, ville vært hvis pasienten ikke finner det meningsfylt og dropper ut av terapi».*

Behov for kollegastøtte. To av terapeutene fremhevet viktigheten av å ikke stå alene i denne tematikken som behandler. At terapeuten har systematisk tilrettelagt tilgang til støtte, dialog, samarbeid og veiledning med kollegaer, ble vurdert som essensielt. Dette ble beskrevet slik:

Jeg kan ikke se for meg at man jobber med den her gruppen uten at man har kollegaer man kan jobbe litt nært med (...) Det er emosjonell ‘offloading’, det er viktig å kunne dele litt, og ‘vente’ (engelsk) litt sånn at man ikke koker opp innvendig.

Utfordringer ved GLM

Alle terapeutene delte erfaringer om utfordringer de hadde med ulike elementer av GLM. Dette gjelder terapeuters personlige konseptualisering av modellen, utfordringer ved integrering av modellen og i selve anvendelsen av GLM ovenfor pasient.

Lite intuitiv modell. En terapeut understreket at modellen legger for stor vekt på å hente inn opplysninger ved bruk av strukturerte verktøy, og at dette hindrer en naturlig flyt i terapitimene: *“det er mye å inkorporere på en gang, at det er litt overveldende ...”.* Terapeuten understreket at det var utfordrende i første møte med metoden; *«(...) så i starten ble det lite organisk med pasienter».*

Skjematumg modell. To av terapeutene fremhevet at modellen kan oppleves som rigid, kaotisk og med overveldende mengder med skjema som kan forstyrre den terapeutiske prosessen. Dette kan kreve mer av terapeuten for å få pasienten til å gjøre det til sitt eget. Spesielt ved anvendelse av de ulike begrepene for å beskrive pasientens liv så erfartes modellen som tung og firkantet i møte med pasient: *“det er veldig kaotisk, det er mange begreper; også plutselig*

skal jeg sortere mitt liv inn i noe som du mr. psykolog bare har bestemt, altså det blir litt sånn unaturlig da”.

Svakhet i metodisk fellesskap og direksjon. En av terapeutene fremhevet at en av de største utfordringene ved GLM er modellens mangel på retning og fremgangsmåte. Terapeuten mente at GLM gir gode føringer på hva man skal jobbe med, men ikke hvordan man konkret skal arbeide med emosjonell selvregulering eller med de hindringene som kommer frem som viktige gjennom kartlegging og utredning. Dette ble illustrert slik:

Det her er den største utfordringen med GLM. Det at vi snakker masse om hvordan ting er eller liksom hvordan det ser ut, snakker lite om hvordan man må jobbe med det (...) Hva er hammeren og skrutrekkeren i verktøykassa da (...)

En annen påpekte at den største utfordringen ved GLM er å si hva modellen faktisk gir til behandling, sett bort i fra et begrepsapparat for å kartlegge pasientens tidligere handlinger, behov og mål: «(...) det er jo ikke noen GLM metode, det er ikke noen GLM intervensjon. De henter mye fra hva slags teoretisk forankring de har ellers da (...)».

Diskusjon

Foreliggende studie undersøker de ulike erfaringene som norske terapeuter har med bruk AV GLM. Gjennom fem terapeuters erfaring belyses hvordan modellen forsøkes integrert, hva som skal til for å fremme en egnet terapeutisk relasjon og prosess, og hvilke utfordringer modellen medfører overfor denne typen pasientpopulasjon. I tillegg belyser denne studien hvordan terapeuter erfarer det å balansere styrke-, og risikofokus som er ment til å ivareta RNR-prinsippene ved behandling, samtidig som det skal forsterke pasientens motivasjon og ønske til å få et bedre liv.

Alle terapeutene fremhevet betydningen av å prioritere et godt relasjonsarbeid for å oppnå tillit hos pasient. Dette ansås som det mest både utfordrende og avgjørende. Alle la herunder vekt på modellens humanistiske grunnholdning og denne holdningens betydning for å inngå i et utfordrende terapeutisk arbeid, der balansering mellom pasients styrke og risiko for gjentagelse av lovbrudd er avgjørende i arbeidet for å oppnå et godt liv etter seksuallovbrudd.

Terapeutene fremhevet hvor viktig den humanistiske grunnholdningen i modellen er for å skape et tillitsfullt rom for terapeutisk progresjon. De la herunder særlig vekt på tiden det tar å diskutere tabubelagte temaer, og hvordan denne pasientpopulasjonens særpreg med nødvendighet må hensyntas og påvirke tempo i terapiforløp. Alle understreket viktigheten av å ta seg god tid i behandlingen, og konkretiserte hvordan deres arbeid for balansering av styrke-, og risikofokus konkret gjøres. I kontrast til fordelene ved modellen, påpekte de også på grunnlag av sin erfaring flere ulemper og svakheter ved modellen som kan gi holdepunkter for videre modellutvikling.

I det følgende diskuteres de viktigste funn fra undersøkelsen i mer detalj. Først diskuteres terapeutenes erfaring med etablering av behandlingsallianse ved bruk av GLM, deretter deres erfaring med modellens vektlegging av empati for å fremme pasientens selvutforskning. Videre diskuteres hvordan terapeutene opplever GLM sin humanistiske og ikke-dømmende grunnholdning samt hvordan terapeutene forholder seg til endringsarbeid og hvilke terapeutiske fallgruver og hindringer som kan forekomme for dette. Til slutt legges det frem hvordan pasientens narrativ fungerer som et kompass for GLM-terapi og hvordan terapeutens eierskap til modellen kan påvirke behandlingen.

Behandlingsallianse som premiss for terapeutisk progresjon

Terapeutene i foreliggende studie fremhevet pasientgruppens særpreg, i kontrast til andre pasientgrupper som de har jobbet med. De pekte på hvordan sentrale temaer i behandlingen knyttet til seksualitet og lovbrudd innebærer skamfølelser, skyld og aktiv fornektelse av handlinger pasientene har blitt dømt for. En erfaring var derfor at tilbakemeldinger om risikofaktorer kunne vekke motstand og lede til at pasientene ikke var mottakelig for samtale. En annen erfaring var at den aktuelle pasientpopulasjonen er preget av skam og hemmeligholding av sine tanker over lang tid, og dermed fremheves viktigheten av en god allianse og tillitt mellom terapeut og pasient. Terapeutene fremhevet hvordan GLM har ulike utredningsverktøy som har en strukturerende effekt og kan anvendes for å skape håp hos pasienten. Å kartlegge styrker i pasienten fremhever kvaliteter som kan gå tapt ved en tradisjonell risikokartlegging. Dette hjelper terapeutene til å fremheve et styrkefokus i det terapeutiske forløpet. Kartlegging av styrker gir sterkere prediktiv verdi med hensyn til tilbakefall enn kun ved kartlegging av risikofaktorer (de Vries Robbé et al., 2015). Foreliggende studie viser tydelig at styrkefokus også

bidrar til en bedre behandlingsallianse og dermed bidrar til at terapeutene kan ivareta responsivitetsprinsippet.

Terapeutene erfarte at pasienter kan være skeptiske og kritiske til terapeuten, og at det derfor krever kontinuerlig tillitsarbeid for å komme i posisjon til å bidra til endring. Terapeutene presiserte at dette var spesielt fremtredende når pasienter er under soningsbetingelser, i kontrast til når pasientene får oppfølgende behandling i etterkant av løslatelse. Det ansås derfor som viktig hvordan terapeutene erfarte at GLM fasiliterer åpenhet og dermed tillitt og progresjon i behandlingsforløpet. Sammen med terapeuten kan pasienten få en oversikt over hvordan seksuallovbruddet var en skadelig metode for å dekke et menneskelig behov. På dette punktet er erfaringene til studiens informanter sammenfallende med forskning som viser at et premiss for å kunne snakke om de primære menneskelige behovene en pasient har, er å etablere et samarbeid hvor tillit og trygghet er ivaretatt (Ross et al., 2008). Dowling et al. (2018) intervjuet britiske behandlere om erfaringer rundt effekt av behandlingsalliansen i arbeid med personer dømt for seksuallovbrudd som blir pålagt behandling som en del av soningsbetingelsene. Resultatene fra deres studie viser til negativ innflytelse på behandlingsalliansen når terapeutene skal jobbe både behandlende samtidig som de må gjennomføre risikovurderinger. De norske terapeutene i foreliggende studie uttrykker tilsvarende konflikter i forhold til behandlingsalliansen, og understreker viktigheten av god tid til behandling av den aktuelle pasientpopulasjonen. Som presisert av en av terapeutene i studien, så blir ikke risikovurderingene i det terapeutiske forløpet brukt med hensyn til straffeprogresjon eller en eventuell løslatelse. For disse brukes eksterne sakkyndige, og rollen til behandleren blir tydeligere fremhevet som ikke å være involvert i soningsbestemmelser. Denne nyanseringen fremheves som vesentlig for å ivareta behandlingsalliansen.

Terapeutenes erfaringer er i samsvar med Ward, Mann et al. (2007) som anbefaler et positivt fokus på menneskets evne til å nå sine mål, samtidig som terapeutene i foreliggende studie fortalte at det var viktig å være realitetsinformerende når man snakker om risikofaktorene relevant for pasienten. En god relasjon for terapi bygges på et ærlig og realitetsinformert perspektiv på endringspotensialet i pasienten. Bordin (1979) understreker viktigheten i den terapeutiske alliansen mellom pasient og terapeut for å lede til virkningsfulle tiltak, på tvers av metodikk som anvendes av ulike terapeuter. Videre legger Bordin frem tre trekk ved behandlingsalliansen som også blir eksplisitt vektlagt av informantene i studien: 1) en enighet

om mål for terapien, 2) en ansvarliggjøring ved å presentere tiltak som pasienten skal gjennomføre, og 3) en utvikling av en relasjon mellom terapeut og pasient, spesielt hvis terapien skal gå inn på “de mer beskyttede delene av den indre erfaringen” (Bordin, 1979, s. 254). Alle disse trekkene ved behandlingsalliansen understrekes i foreliggende studie, da informantene deler erfaringer om hvordan GLM tilrettelegger for enighet og samarbeid, for å utforske tema som enkelte av pasientene har brukt mange år på å fortrenge. Nyere forskning peker på sammenhengen mellom en god relasjon mellom terapeut og pasient og pasientens evne til å skape et godt liv (DeSorcy et al., 2016). Ut fra dette vil et viktig aspekt ved behandling være terapeuters evne til å skape gode relasjoner med pasienter, samt skape en felles forståelse for målene ved terapi og metodene.

En viktig erfaring som ble fremhevet av terapeutene i foreliggende studie er hvordan det kan oppstå ubehag og motstand for pasient dersom terapeut er konfronterende i sin tilnærming. Terapeuten endret sin tilnærming fra å være konfronterende til å være mer åpen og reflekterende sammen med pasienten, og opplevde terapeutisk progresjon og en bedre allianse med pasient. Marshall et al. (2002) viser i overensstemmelse med foreliggende studies deltagere, at det er en sterk negativ korrelasjon mellom en konfronterende terapeutisk stil og pasienters bruk av mestringsstrategier. Han peker på at personlige kvaliteter ved terapeut som varme og genuinitet var positivt korrelert med pasientens bruk av mestringsstrategier etter terapi. Videre argumenterer Willis et al. (2010) for hvordan sterkt negative og straffefremmende holdninger hos terapeuter kan være til hinder for positiv atferdsendring hos pasienter, og kan lede til økt sannsynlighet for videre lovbrudd ved at stigmatisering leder til manglende sosialisering og motivasjon for terapi.

Empati fremmer pasientens selvutforskning

Alle terapeutene fremhevet bruken av empati som et sentralt element i deres anvendelse av GLM. Alle terapeutene erfarte at å uttrykke empati for pasienten var viktig for å bygge tillit. Terapeutene erfarte at når pasientene ga uttrykk for avmakt og håpløshet med tanke på sin livssituasjon, ble empatiske uttrykk en måte for terapeuten å skape et trygt miljø for pasientens åpenhet, som ledet til mulighet for felles utforskning av primære menneskelige behov og hindringer for disse i pasientens liv.

Barnett og Mann (2013, s. 230) definerer empati som en «kognitiv og emosjonell forståelse for en annens erfaring, som resulterer i en emosjonell respons som er i samsvar med et

syn om at andre er verdt medfølelse og respekt, og har en iboende verdi». Å vise empati innebærer altså å ha forståelse for den andre personens erfaringer. Dette vektlegges også av terapeuter i den foreliggende studien som en essensiell erfaring fra å jobbe med GLM. GLM, i sin definisjon, legger vekt på terapeutens evne til å løfte frem pasientens iboende verdi som menneske (Ward, 2002), og terapeutene bruker modellens forståelse av menneskets behov til å vise empati for pasienter som ikke vises mye empati fra andre arenaer. I sin bok om terapeutiske evner som leder til god behandling, legger Duncan (2012) særlig vekt på at empati innebærer et arbeide med å finne ut hva pasienten opplever som empatisk. I foreliggende studie nyanseres det mellom ulike former for empati, og deres funksjoner. Empati kan være av en kognitiv variant hvor terapeuten viser at de forstår situasjonen, og en emosjonell variant hvor terapeuten viser forståelse for følelsene til pasienten. Jolliffe og Farrington (2007) fant en negativ korrelasjon mellom unge kriminelles evne til å kjenne på emosjonell empati for andres situasjon og selvrapporert frekvens av lovbrudd hos britisk ungdom, som indikerer at en manglende evne til å kjenne på en emosjonell respons overfor andres situasjon kan lede til økt sannsynlighet for gjentatte lovbrudd. I møte med personer dømt for seksuallovbrudd kan terapeuten vise forståelse og empati for mennesket og dets forsøk på å dekke primære menneskelige behov. Terapeutene i foreliggende studie fremhevet også at de aktivt viste empati overfor pasienten med det formål at pasienten skulle utvikle sin egne empatiske evne.

Humanisme og verdien av en ikke-dømmende holdning

Alle terapeutene erfarte at GLM legger vekt på det allmennmenneskelige ved pasientene, og at personer dømt for seksuallovbrudd har de samme grunnleggende behovene som andre mennesker som ikke har begått seksuallovbrudd. Det teoretiske rammeverket som GLM dannes ut fra, legger særlig vekt på terapeutens ubetingede positiv aktelse av pasient, samt terapeutens evne til å bære en empatisk forståelse for pasientens forståelse av sin egen situasjon (Rogers, 1957). Ward og Laws (2010) argumenterer for at mennesker er selvrådige og egne aktører som ønsker å leve fullkomne og gode liv, og at ulike mennesker har ulike definisjoner, preferanser og prioritering for hva som innebærer et fullkomment liv. Alle terapeutene fremhevet modellens evne til responsivitet i den betydningen at behandlingen tilpasses pasientens unike behov. Dette er i tråd med nøkkelpriippet for evidensbasert praksis for behandling av personer dømt for seksuallovbrudd (Bonta & Andrews, 2010; Marshall et al., 2017).

Terapeutene i foreliggende studie erfarte GLM som et rammeverk for behandling som tillater terapeuter å møte pasienter på tematikk som er relevant for dem, og at dette var viktig for å øke motivasjonen hos pasienten. Ettersom behandlingsforløpene ved BASIS ofte er lange og går over flere år, gir dette terapeutene en unik erfaring med å ha god tid til å kunne være fleksibel. Flere terapeuter fremhevet at fordelene med å ha god tid gikk godt sammen med GLM-tilnærmingen, da det ga mulighet til å bruke tid på flere av de primære menneskelige behovene som pasienten mente var viktige for dem, men som ikke nødvendigvis var de behovene som var relatert til lovbruddet og problematikken. Timing hos terapeuten blir et viktig begrep innenfor GLM, da terapeuten kontinuerlig måtte være varsom med når de opplever pasienten som mottakelig for å snakke om risikofaktorer. På dette punktet viser foreliggende studie at en strikt tilslutning til GLM innebærer at terapeuten tar seg tid til å romme pasientens andre behov og problemer.

Terapeutene erfarte en positiv effekt av en åpen og ikke-dømmende holdning overfor pasientene som har erfaring fra tidligere med å bli møtt med mye konfrontasjon i forbindelse med avhør og rettsak. Tidligere forskning viser at overgeneraliserte uttalelser i media av sjeldne hendelser, slik som grove seksuelle overgrep, er med på å forvrengte samfunnets persepsjon av personer dømt for seksuallovbrudd (Malinen et al., 2014). Kleban og Jeglic (2012) argumenterer at et samfunn med en oppblåst negativ holdning til personer dømt for seksuallovbrudd vil ha en negativ påvirkning på fremtidige politiske ordninger og behandlingstilbud som gis til personer dømt for seksuallovbrudd. I tillegg vil en negativ offentlig fremstilling av pasientpopulasjonen kunne fremkalle følelser av skam og skyld hos individer av den aktuelle pasientpopulasjonen, som igjen vil kunne lede til en smertefull opplevelse av selvet, og til unnvikende atferd og isolasjon, og dermed øke sannsynligheten for aggresjon og uønsket atferd (Rodogno, 2008).

Terapeuters erfaring i den foreliggende studien påpekte at en god terapeut aktivt lytter og gir et synlig uttrykk for forståelse for pasientens utfordringer, og GLM legger opp til å jobbe slik ved å legge et fokus på det som er felles for alle mennesker, og som også er aktuelt for pasientene. Videre erfarte terapeutene en positiv effekt av en åpen og ikke-dømmende holdning overfor pasientene. Sammenfallende med dette finner Nissan-Lie et al. (2015) at terapeuter som ikke respekterer pasienten, eller ikke finner noe positivt ved pasienten, negativt påvirker arbeidsalliansen mellom terapeut og pasient.

Tidligere forskning viser at overgeneraliserte uttalelser i media av sjeldne hendelser, slik

som grove seksuelle overgrep, er med på å forvrengte samfunnets persepsjon av personer dømt for seksuallovbrudd (Malinen et al., 2014). Kleban og Jeglic (2012) påpeker at et samfunn med en oppblåst negativ holdning til personer dømt for seksuallovbrudd vil ha en negativ påvirkning på fremtidige politiske ordninger og behandlingstilbud som gis til personer dømt for seksuallovbrudd. I tillegg vil en negativ offentlig fremstilling av pasientpopulasjonen kunne fremkalle følelser av skam og skyld hos individer av den aktuelle pasientpopulasjonen, som igjen vil kunne lede til en smertefull opplevelse av selvet, og til unnvikende atferd og isolasjon, og dermed øke sannsynligheten for aggresjon og uønsket atferd (Rodogno, 2008). Breen (2004) legger frem hvordan personer dømt for seksuallovbrudd har blitt fremstilt i negativt lys både i Storbritannia og USA. Nyere forskning gjort på skandinavisk media og media fra New Zealand sin fremstilling viser derimot en mindre negativ og stereotyperende holdning enn først antatt (Grøndahl et al., 2021). Samtidig inneholder avisene få eller ingen fremstillinger av at det eksisterer effektive behandlingstilbud for denne pasientgruppen, og driver på den måten frem en straffetilnærming som intervensjon for å forhindre overgrep (Grøndahl et al., 2021). Foreliggende studie legger vekt på erfaring rundt hvordan humanistisk grunnholdning og en ikke-dømmende holdning kan lede til forbedrede liv hos personer dømt for seksuallovbrudd og redusere risiko for gjentakelse av overgrep. Terapeuters erfaring i den foreliggende studien påpekte at en god terapeut aktivt lytter til og gir et synlig uttrykk for forståelse for pasientens utfordringer. De understreker at GLM beforder et slikt perspektiv ved å legge et fokus på det som er felles for alle mennesker, og som også er aktuelt for pasientene.

Endringsarbeid og terapeutiske fallgruver

Terapeutene legger frem flere erfaringer om hvordan GLM tilrettelegger for å skape en følelse av håp om endring hos pasientene. Terapeutene fremhever at modellens konkrete verktøy for å kartlegge beskyttelsesfaktor, fungerer godt for å synliggjøre ressurser hos pasienten som kan være med på å skape meningsbærende og gode liv. Et annet verktøy som erfares av terapeutene som et virkemiddel for å skape håp i pasientene er GLP, som kan bli oppfattet som en "oppskrift" på hvordan man skal jobbe med risikofaktorene. For terapeutene var det viktig å konkretisere risikofaktorene som noe dynamisk for å vise overfor pasientene at faktorene varierer, og det finnes tiltak som kan redusere styrken av risikofaktorene. Terapeutene understreket hvordan synliggjøring av både ressurser og tydelig fremgangsmåte for handling kan

være med på å lede til endringsbærende arbeid i det terapeutiske forløpet. Dette er i samsvar med annen forskning på feltet som finner en sterkere reduksjon av tilbakevendende kriminogen atferd hos pasienter som har gjennomgått styrkefokuset behandling i kontrast til pasienter som får behandling som fokuserer på å redusere risiko, og pasienter som ikke får behandling (Olver et al., 2018).

Terapeutene i foreliggende studie erfarte også at et fokus som ivaretar styrkefokuset, uten å tilstrekkelig inkludere risikoperspektivet, kan lede til naive vurderinger. Denne fallgraven beskrives av Ward, Mann, et al (2007, s. 9, oversatt fra engelsk) som “potensielt resulterende i katastrofe sosiale og personlige konsekvenser for terapeut og utøveren”. Terapeutene fortalte at en annen potensiell fallgrube ved å neglisjere risikoperspektivet er at pasienten mister tilliten til en terapeut som ikke kan arbeide med det som oppleves som utfordrende for pasienten. I arbeid mot endring for pasienten, snakker flere av terapeutene om slike fallgruver og hindringer. Terapeutene legger frem hvordan terapeuter kan hindre terapeutisk progresjon hvis innholdet i terapien vekker prosesser hos terapeut av negativ art. Det ble fremhevet at den største hindring mot god GLM-terapi skjer dersom terapeut forholder seg rigid til modellen. En rigid terapeut som er ute etter å redusere sine egne indre reaksjoner, kan lede til at pasienten ikke finner det motiverende nok å følge denne typen behandling og pasientpopulasjon nært nok, ifølge terapeutene. En erfaring som vektlegges for å forhindre en slik utvikling, var å ha systematisk tilgang til kollegaer og veiledning, både for å erfare faglig utvikling, mindre stress og støtte i vanskelige saker.

Enkelte av terapeutene uttrykker at det å jobbe med denne pasientpopulasjon kan være personlig utfordrende. En metaanalyse som undersøkte hvilke konsekvenser det har for terapeuter å jobbe med seksuallovbruddsproblematikk, viste at mannlige og kvinnelige terapeuter erfarer utbrenthet etter å ha jobbet med personer dømt for seksuallovbrudd (Baum & Moyal, 2020; Moulden & Firestone, 2007). Baum og Moyal (2020) argumenterer videre for hvilken effekt det kan ha på terapeuter å holde skjult faktumet at de jobber med personer dømt for seksuallovbrudd, og at stigmatisering av terapeuter som behandler denne pasientpopulasjonen kan lede til økt forekomst av stress, utbrenthet og fatigue. Hatcher og Noakes (2010) viser til funn som motstrider dette. I en studie hvor terapeuter ble skåret for negative symptomer etter behandling av personer dømt for seksuallovbrudd, ble det rapportert at få behandlere erfarte negative symptomer på stress ved å jobbe med pasientpopulasjonen (Hatcher & Noakes, 2010).

Videre ble det fremhevet en rekke positive kvaliteter med å jobbe med denne pasientpopulasjonen; behandlerne erfarte høyere evne til å akseptere og tolererer individer og økt forståelse for menneskers atferd og motiv (Hatcher & Noakes, 2010). Hatcher og Noakes (2010) oppgir også kollegastøtte som et viktig element for å mestre hverdagen som behandler for denne pasientpopulasjonen, og så mange som 84% av utvalget oppga positive erfaringer med kollegastøtte. Økt forekomst av sosial støtte er negativ korrelert med symptomer på stress og utbrenthet for ulike profesjoner som jobber med traumer (Galek et al., 2011; Michalopoulos & Aparicio, 2012; Sandhu et al., 2012).

Brukermedvirkning og pasientens narrativ som kompass i GLM-terapi

Personer som har gjort seksuallovbrudd, er en heterogen gruppe med ulike personlighetstrekk, alder, væremåter og unike historier (Schmucker & Lösel, 2015). Et element ved all behandling som tilbys personer dømt for seksuallovbrudd, er at behandlingen skal skreddersys de ulike menneskenes historier, evnenivå og preferanser (Bonta & Andrews, 2010; Marshall, 2017). Terapeutene i foreliggende studie fremhevet erfaringer om hvordan de brukte pasientens historie til å styre retninger i behandlingen. Terapeutene beskrev et aktivt arbeid som innebar å lytte etter hvilke begreper pasienten brukte om sine liv, mål, og hindringer for å nå målene sine. Slik kunne terapeutene bruke pasientens begreper om modellens forklaringer. Ut fra terapeutenes erfaring ble pasientenes narrativ fremstilt som et hovedkompass for de ulike elementene ved GLM, også når terapeuten måtte samarbeide med andre partnere involvert i omsorgen av pasienten.

Terapeutene understreket at det kreves et kontinuerlig samarbeid om forståelsen for den uønskede atferden og hvilket behov atferden forsøker å dekke. Terapeutene erfarer modellen som fleksibel i å møte behovene til de ulike pasientene og at modellens struktur og prinsipper tillater terapeuten å arbeide på ulike måter med de ulike pasientene. Funnene i foreliggende studie samsvarer med annen forskning som viser til at både pasienter og terapeuter uttrykker GLM som et godt rammeverk for behandling av ulike pasienter (Willis et al., 2014). Forskning på feltet viser at pasientens egen medvirkning alltid er en fordel for terapiens forløp, og for å forhindre at pasienten avslutter terapiforløpet (Angel & Frederiksen, 2015).

En erfaring terapeutene i foreliggende studie fremhevet, er hvordan GLP fungerer som et verktøy for å formidle hva GLM-terapi er for samarbeidspartnere som er involvert i pasientens

liv. GLP formulerer sammen med pasienten og basert på pasientens historie, styrker og ressurser og belyses derigjennom hvilke tiltak og forsøk pasienten kan gjøre for å leve et godt liv som dekker de behovene pasienten som anser som viktige. Ved å skape Good Life Planen sammen med pasienten, trekker terapeuten trådene mellom pasientens narrativ og hvilke tiltak miljøet bør legge vekt på for å best mulig redusere sannsynligheten for fremtidige lovbrudd. Dette legges frem for samarbeidspartnere for å opplyse om hvilke primære menneskelige behov pasienten har, og hvordan disse kan dekket på lovlige måter. Bruken av Good Life Planen som et pedagogisk verktøy brukt på denne måten er ikke tidligere beskrevet i forskningslitteraturen, og kan således ansees som et område for utforskning og nyansering av GLM-terapi i fremtiden.

Norske psykologer er forpliktet til å etterstrebe for pasientmedvirkning i behandling, som er en rettighet alle brukere av helsevesenet i Norge har (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1.). Der strukturerte verktøy for feedback ikke fungerte godt sammen med pasienten, ga terapeutene oppsummeringer av pasientens utsagn og søkte aktivt etter åpen refleksjon ved å stille åpne spørsmål rundt utsagnene til pasienten. De praktiske metodene som terapeutene i foreliggende studie uttrykte som effektfulle for å tilrettelegge for pasientmedvirkning er i tråd med retningslinjene for Motiverende Intervju (Barth, 2013).

Ved å aktivt lytte etter hvilke formuleringer og begreper som pasienten bruker om sine plager og ønsker, samt sjekke om deres forståelse av pasientens historie er i tråd med pasienten, kan terapeuten la pasientens historie fungere som et hovedkompass for hvordan man jobber med hindringer og mål til et godt liv. På denne måten starter en gjensidig hypotesedannelse, mellom terapeut og pasient, om hva som har vært grunnen til dagens situasjon og hvordan pasienten kan få et bedre liv. På denne måten blir det synlig for pasienten at det er deres historie som styrer terapiens forløp, og deres medvirkning til endring blir tydeliggjort. Denne studien repliserer funn fra tidligere undersøkelser rundt pasientmedvirkning, hvor tilretteleggelse for kommunikasjon og tilpasning etter pasientens behov er nødvendig for å lede til gunstig pasientmedvirkning (Selvin et al., 2021).

Terapeutens eierskap til modellen

Alle terapeutene fremhevet utfordringer ved å finne en god balanse mellom fokus på styrke og risiko i behandlingsforløpene. Ward, Mann, et. al (2007, s. 9) beskriver balansen mellom et styrkefokus og et risikofokus som en «kritisk terapeutisk oppgave». Atferdsendring

oppstår når pasient og terapeut har en felles forståelse for hvorfor en atferd er en skadelig og farlig tilnærming for å dekke de primære menneskelige behov. Terapeutene i den foreliggende studien erfarer proaktive mål, i motsetning til unngåelsesmål, som en positiv motbalanse til risikovurderingene som kan skape motstand hos pasienten.

Noen av terapeutene fortalte at modellen følte lite intuitiv ved oppstart, og at de ulike verktøyene følte overveldende. Noen av terapeutene fremhevet også vansker med å jobbe med pasienten i forbindelse med verktøyene. Skjemaene var med på å ivareta risiko- og behovsprinsippene ved behandling gjennom grundig kartlegging av hva som leder pasienten til å gjennomføre skadelig atferd, og hvilke ressurser de har som kan hjelpe dem til å leve bedre, samfunnspassende liv som ikke leder til skade for dem selv og andre. Men god integrasjon av GLM innebærer på dette punktet å innhente informasjon gjennom reflekterende lytting, parafraaser og oppsummeringer i stedet for å dele ut en liste over trekk eller kvaliteter som pasienten skal prøve å passe inn i (Willis et al. 2013). Terapeutene i denne studien viser til et underliggende problem som kan ha negativ innflytelse på utfallet ved terapi. De viste til erfaringer med at kaotisk oppstart og svekket metodisk fellesskap peker mot et teoretisk problem ved GLM. Hvis terapeuter sliter med inkorporering og forståelse av hva GLM er, vil dette lede til ulike praksiser for gjennomføring av en GLM ledet behandling. Enkelte terapeuter uttrykte vanskeligheter ved å konkret si hva GLM gir, eller hvordan man helt konkret jobber på en måte som er i henhold til GLM sine prinsipper. Det at terapeutene i studien viste til praktiske metoder, samtidig som enkelte uttrykker en usikkerhet ved hva GLM tilfører terapi, viser at fremtidige anvendelser av GLM kan styrkes ved en mer eksplisitt bruk av eksisterende kunnskap som er utviklet vedrørende praktisk metode (Willis et al., 2013). I tillegg viser det at videre utvikling på dette området kan synes hensiktsmessig i fremtidig anvendelse av modellen.

Foreliggende studie viser at det er nødvendig med veiledning for å hjelpe terapeuter på vei til korrekt integrering og utførelse av GLM, som vil lede til styrket behandling.

Begrensninger

Det kan innvendes mot foreliggende studie at antall deltakere er lite. Imidlertid tilsier ikke regler for kvalitativ forskning noen nedre begrensning for antall deltagere. Det ville likevel vært en fordel for grad av nyanser i studiens konklusjoner om et større antall deltagere hadde vært mulig.

En annen innvending mot forliggende studie kan være at intervjuene ble gjennomført ved hjelp av digitale løsninger. En slik innvending kan ses i forhold til Thunberg og Arnell (2021) som i en gjennomgang av forskningslitteratur om digitale løsninger for kvalitative intervju argumenterer for at enkelte aspekter ved en digital løsning kan påvirke kvaliteten på intervjuet og data som samles inn. Digitale løsninger kan lede til at nonverbale signaler ikke blir tydeliggjort, og kan påvirke hvordan forskerne tolker deltakernes ubehag ved spørsmålene, samt forstyrre prosessen ved tekniske feil. Derimot konkluderer Thunberg & Arnell (2021) med at digitale løsninger hvor tekniske feil og forstyrrelser ikke forekommer, viser tilsvarende kvalitet som ved fysiske møter mellom forsker og deltaker. Ved foreliggende studie forekom ingen tekniske forstyrrelser under intervjuene.

En siste innvending er at implementering av GLM vil kunne variere innad de ulike regionenes helseforetak. I fremtidig forskning på anvendelse av GLM og erfaring med BASIS som behandlingstilbud overfor personer dømt for seksuallovbrudd i Norge, vil det være fordelaktig å ta slike forhold i betraktning.

Konklusjon

Foreliggende studie er første studie som undersøker erfaringer fra norske terapeuter som bruker GLM i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. Terapeutene erfarte at GLM er et godt rammeverk for å møte en heterogen gruppe pasienter. Så fremt godt integrert i egen praksis, erfares modellen som fleksibel, og pasientenes ulike preferanser og holdninger til et godt liv tas hensyn til ved en GLM-tilnærming. GLM fasiliterer en humanistisk grunnholdning som fremhever den aktuelle pasientens primære menneskelige behov, og er med på å knytte disse behovene opp mot dynamiske risikofaktorer. De dynamiske risikofaktorene synliggjøres som noe endringsbart, men terapeutene erfarer at på bakgrunn av pasientens historikk med hemmeligholding, samt følelser av skam og skyld, krever det tid, tålmodighet og vurderinger av pasientens mottakelighet for å belyse og bearbeide sensitiv tematikk. Terapeutene fremhever viktigheten med å ha en realitetsinformert terapeutisk tilnærming ovenfor pasienten, og ikke legge ensidig vekt på styrkefokus, da dette kan virke som unnvikende til problemene pasienten opplever. Terapeutene understreker hvordan terapeutiske manøvre alltid tar utgangspunkt i pasientens narrativ, og hvordan pasientens historie på denne måten blir et kompass for terapien. Slik bidrar GLM til å skreddersy behandlingen til den enkelte pasient. Alle terapeutene beskrev

således en tydelig forankring i RNR-prinsippene ved deres anvendelse av GLM.

Terapeutene beskrev en mulig fallgrube ved at GLM kunne forlede til å fokusere for mye på styrke, og for lite på risikovurdering. Modellen kunne også oppleves som rigid og overveldende for terapeutene, med et stort fokus på innhenting av informasjon ved bruk av skjemaer. Det ble understreket at den skjematunge opplevelsen forsvinner etter hvert som teknikkene og prinsippene til modellen blir bedre integrert. Terapeutene vektla at implementering av GLM er en prosess som profiterer på rikelig anvendelse av tid i gjennomføring.

Studien viser liknende funn som internasjonale studier om terapeuters erfaring ved behandling av denne pasientpopulasjonen. Studien tydeliggjør i tillegg terapeuters erfarte behov for tilrettelagt støtte i form av kollegasamarbeid og kollegaveiledning under denne typen arbeid med personer dømt for seksuallovbrudd. Fremtidige studier kan komplimentere denne studiens funn ved å videre undersøke pasientens erfaringer med en GLM-tilnærmet behandling, samt undersøke konkret hvor godt individuelle terapeuter forholder seg til modellens retningslinjer.

Referanse

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5. utg.). Anderson Publishing.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19–52.
<https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Angel, S., & Frederiksen, K. N. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1525–1538.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.008>
- Barbaree, H. E., & Blanchard, R. (2008). Sexual deviance over the lifespan: Reductions in deviant sexual behavior in the aging sex offender. I D. Richard Laws & William T. O'Donohue (Red.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (2. utg., s. 37–60). The Guilford Press.
- Barnett, G., & Mann, R. E. (2013). Empathy deficits and sexual offending: A model of obstacles to empathy. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 228–239.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.010>
- Barth, T. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Gyldendal akademisk.
- Baum, N., & Moyal, S. (2020). Impact on Therapists Working With Sex Offenders: A Systematic Review of Gender Findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(1), 193–205.
<https://doi.org/10.1177/1524838018756120>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6(1), 22.
- 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>

- Breen, M. J. (2004). Depraved Paedos and Other Beasts: The Media Portrayal of Child Sexual Abusers in Ireland and the UK. I Paul L. Yoder & Peter Mario Kreuter (Red.), *Monsters and the Monstrous: Myths and Metaphors of Enduring Evil* (s. 285-291). Rodopi. <https://dspace.mic.ul.ie/handle/10395/513>
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Koster, K., & Bogaerts, S. (2015). Assessing Protective Factors for Sexually Violent Offending With the SAPROF. *Sexual Abuse, 27*(1), 51–70. <https://doi.org/10.1177/1079063214550168>
- DeSorcy, D. R., Olver, M. E., & Wormith, J. S. (2016). Working Alliance and Its Relationship With Treatment Outcome in a Sample of Aboriginal and Non-Aboriginal Sexual Offenders. *Sexual Abuse, 28*(4), 291–313. <https://doi.org/10.1177/1079063214556360>
- 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>
- Duncan, B. L. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Gyldendal akademisk.
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 56*, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526405555>
- Elliott, R., & Timulak, L. (2005). Descriptive and interpretive approaches to qualitative research. I Jeremy Miles & Paul Gilbert (Red.), *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (s. 147–159). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527565.001.0001>
- Friestad, C., Winje, M., Sandbukt, I. J., Kjærstad, M. H., Risnes, M., Bjorland, M. W., Johnsen, B., Sjøly, M., Skahjem, L. F., & Røe, S. (2021). *Opprettelse av regionale behandlingstilbud til personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep –*

sluttrapport fra implementering av BASIS i Norge. Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. https://sifer.no/wp-content/uploads/2021/06/BASIS-sluttrapport_endelig_250621-1.pdf

Galek, K., Flannelly, K. J., Greene, P. B., & Kudler, T. (2011). Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychology*, *60*(5), 633–649. <https://doi.org/10.1007/s11089-011-0346-7>

Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., & James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical Psychology Review*, *73*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101752>

Grøndahl, P., Sandbukt, I. J., Friestad, C., Kristoffersen, R., Drinkwater, C. P., Richardson, D., & Willis, G. M. (2021). Fuel to the Fire? Newspaper Reporting of Sexual Offending Across the US, UK, Norway, and New Zealand. *Sexual Offending: Theory, Research, and Prevention*, *16*, 1–22. <https://doi.org/10.5964/sotrap.4205>

Hafstad, G. S., & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/rapport/ungdoms-erfaringer-med-vold-og-overgrep-i-oppveksten-en-nasjonal-undersokelse-av-ungdom-i-alderen-12-til-16-ar/>

Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, *6*(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)

Hanson, R. F., Sawyer, G. K., Begle, A. M., & Hubel, G. S. (2010). The Impact of Crime Victimization on Quality of Life. *Journal of traumatic stress*, *23*(2), 189–197. <https://doi.org/10.1002/jts.20508>

- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.2.348>
- Hatcher, R., & Noakes, S. (2010). Working with sex offenders: The impact on Australian treatment providers. *Psychology, Crime & Law, 16*(1–2), 145–167. <https://doi.org/10.1080/10683160802622030>
- Hjemdal, O. K., & Thoresen, S. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. NKVTS. <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsløpsperspektiv/>
- Hollin, C. R., & Palmer, E. J. (2006). *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies*. Wiley.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2007). Examining the relationship between low empathy and self-reported offending. *Legal and Criminological Psychology, 12*(2), 265–286. <https://doi.org/10.1348/135532506X147413>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2019). *Handlingsplan mot voldtekt 2019–2022*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1469f9bedad1476aadb0369ee899ab65/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022.pdf>
- Kleban, H., & Jeglic, E. (2012). Dispelling the myths: Can psychoeducation change public attitudes towards sex offenders? *Journal of Sexual Aggression, 18*(2), 179–193. <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.552795>
- Kripos. (2020). *Voldtektssituasjonen i Norge 2019*. <https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuelle-overgrep--statistikk/>
- Larkin, M., & Thompson, A. R. (2012). Interpretative Phenomenological Analysis in Mental Health and Psychotherapy Research. I David Harper & Andrew R. Thompson (Red.), *Qualitative Research Methods in Mental Health*

- and Psychotherapy* (s. 99–116). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781119973249.ch8>
- Laws, D. R., & Ward, T. (2011). *Desistance from Sex Offending: Alternatives to Throwing Away the Keys*. Guilford Press.
- Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A., & Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child abuse & neglect*, 79, 413–422. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.020>
- Levenson, J. S., & Grady, M. D. (2016). The influence of childhood trauma on sexual violence and sexual deviance in adulthood. *Traumatology*, 22(2), 94–103.
<https://doi.org/10.1037/trm0000067>
- Levitt, H. M. (2015). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy*, 52(1), 31–37. <https://doi.org/10.1037/a0037076>
- Li, D., Chu, C. M., & Lai, V. (2020). A Developmental Perspective on the Relationship between Child Sexual Abuse and Depression: A Systematic and Meta-Analytic Review. *Child Abuse Review*, 29(1), 27–47. <https://doi.org/10.1002/car.2592>
- Looman, J., & Abracen, J. (2013). The risk need responsivity model of offender rehabilitation: Is there really a need for a paradigm shift? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3–4), 30–36.
<https://doi.org/10.1037/h0100980>
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117–146.
<https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>
- Malinen, S., Willis, G. M., & Johnston, L. (2014). Might informative media reporting of sexual offending influence community members' attitudes towards sex offenders? *Psychology, Crime & Law*, 20(6), 535–552.
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.793770>

Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Maniglio, R. (2013). Child Sexual Abuse in the Etiology of Anxiety Disorders: A Systematic Review of Reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 96–112. <https://doi.org/10.1177/1524838012470032>

Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a Relapse Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results From California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 79–107. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-1212-x>

Marshall, W. L., Marshall, L. E., & Olver, M. E. (2017). An evaluation of strength-based approaches to the treatment of sex offenders: A review. *Journal of Criminal Psychology*, 7(3), 221–228. <https://doi.org/10.1108/JCP-04-2017-0021>

Marshall, W. L., Serran, G., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y. M., Mann, R., & Thornton, D. (2002). Therapist features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(6), 395–405. <https://doi.org/10.1002/cpp.335>

McNeill, F. (2012). Four forms of 'offender' rehabilitation: Towards an interdisciplinary perspective. *Legal and Criminological Psychology*, 17(1), 18–36. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.2011.02039.x>

Michalopoulos, L. M., & Aparicio, E. (2012). Vicarious Trauma in Social Workers: The Role of Trauma History, Social Support, and Years of Experience. *Journal of Aggression*,

Maltreatment & Trauma, 21(6), 646–664.

<https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>

Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA Rapport, 120.

Moulden, H. M., & Firestone, P. (2007). Vicarious Traumatization: The Impact on Therapists Who Work With Sexual Offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(1), 67–83.

<https://doi.org/10.1177/1524838006297729>

Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W.-S. (2018). Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 99, 129–141.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001>

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(4), 317–327.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1891>

Olver, M. E., Marshall, L. E., Marshall, W. L., & Nicholaichuk, T. P. (2020). A Long-Term Outcome Assessment of the Effects on Subsequent Reoffense Rates of a Prison-Based CBT/RNR Sex Offender Treatment Program With Strength-Based Elements. *Sexual Abuse*, 32(2), 127–153. <https://doi.org/10.1177/1079063218807486>

Olver, M. E., Mundt, J. C., Thornton, D., Beggs Christofferson, S. M., Kingston, D. A., Sowden, J. N., Nicholaichuk, T. P., Gordon, A., & Wong, S. C. P. (2018). Using the Violence Risk Scale-Sexual Offense version in sexual violence risk assessments:

Updated risk categories and recidivism estimates from a multisite sample of treated sexual offenders. *Psychological Assessment*, 30(7), 941–955.

<https://doi.org/10.1037/pas0000538>

- Pasient-, og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient-, og brukerrettigheter*. (LOV 1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, 20(1). <https://doi.org/10.14691/CPJ.20.1.7>
- Polaschek, D. L. L. (2012). An appraisal of the risk–need–responsivity (RNR) model of offender rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal and Criminological Psychology*, 17(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.2011.02038.x>
- Ports, K. A., Ford, D. C., & Merrick, M. T. (2016). Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child abuse & neglect*, 51, 313–322. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.017>
- Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S., & Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner* (Rapport 2012/41). https://www.vista-analyse.no/site/asset/files/5823/va-rapport_2012-41_samfunnsokonomiske_konsekvenser_av_vold_i_nare_relasjoner.pdf.
- Reneflot, A. (2020). *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>
- Rodogno, R. (2008). Shame and guilt in restorative justice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 14(2), 142–176. <https://doi.org/10.1037/a0013474>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Ross, E. C., Polaschek, D. L. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 462–480. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.003>

- Sandbukt, I. J., Dugstad, S., Khazaeni, S., & Friestad, C. (2019). *BASIS-prosjektet – Sluttrapport*. Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. <https://sifer.no/basis-prosjektet-sluttrapport-og-konferanse/>
- 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>
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597–630. <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>
- Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., & Schröder, A. (2021). Patient participation in forensic psychiatric care: Mental health professionals' perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 461–468. <https://doi.org/10.1111/inm.12806>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. I Jonathan A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 51–80). Sage Publications, Inc.
- SSB. (2021). *Fengslinger: Innsatte, etter type fengsling, hovedlovbruddsgruppe, type hovedlovbrudd og alder. Per 1. Januar. Absolutte tall 2002–2020*. SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/10531>
- Straffeloven. (2009). *Lov om straff* (LOV-2009-06-19-74). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11#%C2%A7309
- Sullivan, J., & Sheehan, V. (2016). What motivates sexual abusers of children? A qualitative examination of the Spiral of Sexual Abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 30, 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.015>
- Thunberg, S., & Arnell, L. (2021). Pioneering the use of technologies in qualitative research: A research review of the use of digital interviews. *International Journal of Social*

- Research Methodology*, ahead of print, 1–12.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1935565>
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and psychopathology*, 23(2), 453–476.
<https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- Vorland, N., Selvik, S., Hjorthol, T., Kanten, A., B., & Blix, I. (2018). *Tverretattlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd* (Rapport 2018/3). https://www.nkvts.no/content/uploads/2018/09/NKVTS_Rapport_3_18_SSA.pdf
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 513–528. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00076-3](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00076-3)
- Ward, T., & Laws, D. R. (2010). Desistance from Sex Offending: Motivating Change, Enriching Practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 11–23.
<https://doi.org/10.1080/14999011003791598>
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87–107.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.004>
- Ward, T., Melsner, J., & Yates, P. M. (2007). Reconstructing the Risk–Need–Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12(2), 208–228. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.07.001>
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353–360.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>
- W.H.O. (2022). *EPHO5: Disease prevention, including early detection of illness*.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health->

services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2

- Willis, G. M., Levenson, J. S., & Ward, T. (2010). Desistance and Attitudes Towards Sex Offenders: Facilitation or Hindrance? *Journal of Family Violence, 25*(6), 545–556. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9314-8>
- Willis, G. M., Prescott, D. S., & Yates, P. M. (2013). The Good Lives Model (GLM) in theory and practice. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand, 5*(1), 3–9. <https://doi.org/10.3316/informit.394984280746199>
- Willis, G. M., & Ward, T. (2013). The good lives model: Evidence that it works. I Leam A. Craig, Theresa A. Gannon & Louise Dixon (Red.), *What Works in Offender Rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and Treatment* (s. 305–318). John Wiley & Sons.
- Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): An Evaluation of GLM Operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse, 26*(1), 58–81. <https://doi.org/10.1177/1079063213478202>
- Zollner, H., Fuchs, K. A., & Fegert, J. M. (2014). Prevention of sexual abuse: Improved information is crucial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-5>

Vedlegg

1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring for deltagerne
2. Vedtak fra Norsk Datatilsyn (NSD)
3. Intervjuguiden

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Erfaringer ved bruk av Good Life Model i behandling av seksuallovbruddsdømte»?

- 1 Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente behandlere sine erfaringer angående Good Life Model (GLM) som behandlingsrammeverk i terapi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

2 Formål

Formålet med prosjektet er å snakke med behandlere som har anvendt GLM i sin praksis for behandling av seksuallovbruddsdømte ved norske helseinstitusjoner.

Vi ser etter hvordan det har vært å jobbe med modellen, hvilke tanker behandlere har gjort seg rundt praksisen, hvordan GLM styrker eller svekker deres arbeid, og hva som har vært viktige kriterier ved bruk av modellen.

Dette inngår som del av en hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi v/ Universitetet i Tromsø (UiT).

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for Psykologi v/UiT (IPS) er ansvarlig for prosjektet.

Anna Margrete Flåm ved IPS er hovedveileder for prosjektet.

Jana Kristin Maack og Dagfinn Sørensen ved Nasjonalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri region Tromsø fungerer som eksterne veiledere på prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta da du har erfaring ved anvendelse av Good Life Modellen i behandling.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er desember 2021. Alle opptak vil bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Instituttet for Psykologi ved Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Hovedveileder Anna Margrete Flåm.
Tlf. 77 64 92 24.
E-postadresse: anna.m.flam@uit.no
- Profesjonsstudent Leonard Sylva.
Tlf. 90 62 35 81.
E-postadresse: lsy001@uit.no
- Vårt personvernombud: Annikken Steinbakk.
Tlf. 77 64 69 52.
E-postadresse: Anniken.steinbakk@uit.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Leonard Sylva & Aman Singh

Anna Margrete Flåm

Studentene

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju der det blir gjort lydopptak.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

09.02.2022, 19:51 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

260367

Prosjekttittel

Behandleres erfaring ved bruk av Good Life Model i behandling av seksuallovbruddsdømte.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anna Margrete Flåm, anna.m.flam@uit.no, tlf: 77649224

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Leonard Sylva, lsy001@uit.no, tlf: 90623581

Prosjektperiode

01.09.2021 - 18.02.2022

Vurdering (2)

17.12.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen som innebærer utvidelse av prosjektperioden med noen måneder.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 17.12.2021.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

28.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 28.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 14.12.2021.

TAUSHETSPLIKT

De som intervjues har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter. Vi anbefaler at du minner om dette i forkant av intervjuet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må

behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/614c63d3-b16c-4ffa-aca9-c78a8f546f6b> 2/3

09.02.2022, 19:51 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Intervjuguide

Seksjon 1

1. På hvilken måte prøver du å legge til rette for en god behandlingsallianse?
 - a. Tilstreber du spesifikke metoder?
2. Har din terapeutiske stil endret seg ved bruk av GLM?
 - a. Hvis så; hvordan?
 - b. Hvis ikke; hva syns du er viktige terapeutegenskapene/terapeutstil?
3. På hvilke måter innhenter og bruker du tilbakemeldinger fra pasientene?

Seksjon 2

4. Hvordan jobber du med Good Life planen?
 - a. Hvordan erfarer du det er å jobbe med Good Life planen?
5. På hvilke måter inkluderer du livsmål i behandlingen?
 - a. (Bidra til økt livskvalitet, forstå livsmål involvert i seksuallovbrudd, øke beskyttelsesfaktorer/håndtere risikofaktorer gjennom Good Life planen?)
6. På hvilke måter jobber du risikofokusert?
 - a. På hvilke måter adresserer du hindringer i Good Life planen?
7. På hvilke måter jobber du styrkefokusert?
 - a. På hvilke måter bygger du på ressurser i Good Life planen?
8. På hvilke måter balanserer du risikofokusert og styrkefokusert?
 - a. Har du konkrete eksempler?

- b. Hvordan ivaretar du behandlingsfokuset?

9. Hvordan ivaretar du Risk need responsivity prinsippene i en GLM-informert behandlingstilnærming?

10. Hva tenker du er viktigst for å oppnå suksess med GLM i terapi?

11. Opplever du utfordringer ved å bruke GLM i terapien din?
 - a. Hvilke utfordringer er dette? Kan du utdype?

12. Erfarer du noen fordeler ved å bruke GLM i ditt arbeid som terapeut?
 - a. Hvilke fordeler er dette? Kan du utdype rundt de?

13. Er det flere instanser som er involvert? F.eks som samarbeidspartner eller lignende?
 - a. Hvordan påvirker samarbeidspartnere din anvending av modell?
 - b. Hvordan har GLM påvirket ditt samarbeid med andre instanser som tar del i behandlingsforløpet?
 - i. Leger, betjenter osv.

14. Er det noe du har lyst til å si som vi ikke har snakket om her i dag?

15. Har du noen tanker til slutt om erfaringen din ved bruk av GLM som du har lyst til å dele?
 - a. Er det noe du synes vi burde/skulle spurt om, som vi ikke har spurt om?