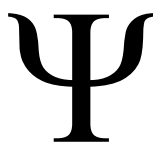




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Kognitiv atferdsterapi med individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige og effekten på dynamiske risikofaktorer: En litteraturgjennomgang.*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Juni Riis**

Høst 2020

Veileder  
Anita Lill Hansen  
Institutt for samfunnspsykologi

## Forord

Tanken på å undersøke behandling med seksualforbrytere, startet da jeg i 2018 leste en artikkel på NRK sine nettsider. Der ble det refererte til Mews og kollegaers studie på The Core Sex Offender Treatment Programme. I studien fant de overraskende nok at behandlingsgruppen begikk flere nye lovbrudd, enn kontrollgruppen. Dette vekket nysgjerrigheten min og interessen for å undersøke hva andre forskere hadde funnet. Forskningen jeg fant, var hovedsakelige med residiviserater som utfallsmål. Så hva var det egentlig med behandling, som reduserte disse ratene? Basert på litteraturen fra feltet og med hjelp fra min veileder Anita Lill Hansen, ble problemstillingen utformet og knyttet til dynamiske risikofaktorer.

Oppgaven omhandler behandling kun for dem dømt for seksuallovbrudd mot barn, da det finnes noen særegne trekk for denne gruppen.

Seksuallovbrudd inkluderer en rekke ulovlige handlinger. I teksten vil det benyttes begrepene seksuelle overgrep og seksuallovbrudd, som paraplybegrep for slike handlinger. Oppgaven er skrevet med referansestilen APA6th. Det inkluderes likevel en innholdsfortegnelse.

Det har til tider vært utfordrende å navigere seg rundt i et ukjent felt, med lite empirisk forskning. Jeg har samtidig lært mye om behandling, risikofaktorer og forskningsmetoder, som jeg forventer å kunne dra nytte av videre.

Jeg vil avslutte med å takke min veileder Anita Lill Hansen for gode og spesifikke tilbakemeldinger. Jeg vil også takke for hjelp til å formulere problemstillingen og for beroligende videosamtaler underveis. Videre vil jeg takke min fantastiske familie og venner som har støtte meg og heiet på meg i denne perioden.

## Innholdsfortegnelse

FORORD.....	3
ABSTRACT .....	5
SAMMENDRAG .....	6
INTRODUKSJON .....	7
RISIKOFAKTORER .....	8
KOGNITIV ATFERDSTERAPI (KAT) MED SEKSUALFORBRYTERE .....	15
FORSKNING PÅ EFFEKTEN AV BEHANDLING.....	20
METODE .....	22
ELEKTRONISK LITTERATURSØK .....	22
RESULTATER .....	24
DISKUSJON .....	35
KOGNITIVE VANSKER .....	35
INTERPERSONLIGE OG EMOSJONELLE VANSKER .....	39
SEKSUELLE VANSKER .....	43
DESIGN .....	44
UTVALG .....	46
ANALYSER AV ENDRINGER PÅ INDIVIDNIVÅ.....	46
IMPLIKASJONER FOR FREMTIDIG FORSKNING .....	47
IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS.....	49
BEGRENSNINGER VED LITTERATURGJENNOMGANG.....	51
KONKLUSJON .....	52
REFERANSER .....	53
VEDLEGG .....	68

### **Abstract**

The main goal in sex offender treatment is to prevent recidivism. To achieve this goal, it's assumed that treatment should target dynamic risk factors associated with recidivism. The aim of this literature review was to examine whether cognitive behavioral therapy for child sex offenders, leads to a reduction in dynamic risk factors. A search for literature was conducted and nine studies reviewed. Most studies had a within-group design. Only one study had included a control group. Psychometric measures for measuring changes in dynamic risk factors, varied from study to study. Only three studies had included measurements of dynamic risk factors within the sexual domain. The results from this literature review showed that treatment produced a significant reduction in several dynamic risk factors. Eight studies found significantly reduced attitudes and cognitive distortions related to sexual offenses. Six of the studies found significantly reduced difficulties with intimacy, increased internal locus of control, increased ability to cope with negative emotions and reduced feelings of loneliness. Three of the studies showed a significant reduction in sexual fantasies, more appropriate sexual patterns and increased sexual self-regulation. Large differences in the various studies, small samples and lack of control group, limit the possibility of a definitive conclusion regarding cognitive behavioral therapy and dynamic risk factors, based on the literature search.

*Keywords:* Cognitive behavioral therapy, sex offenders, dynamic risk factors

### Sammendrag

Hovedmålet i behandling med seksualforbrytere er å forhindre residivisme. For å nå dette målet, antas det at behandling bør være rettet mot dynamiske risikofaktorer assosiert med residivisme.

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke om kognitiv atferdsterapi for individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige, fører til reduksjon i dynamiske risikofaktorer. Det ble gjennomført et litteratursøk og ni studier ble gjennomgått. De fleste studiene hadde et innen-gruppe design. Kun en studie hadde inkludert kontrollgruppe.

Psykometriske måleinstrumenter brukt for å måle endringer i dynamiske risikofaktorer, varierte fra studie til studie. Kun tre studier hadde inkludert målinger av dynamiske risikofaktorer innenfor det seksuelle domenet. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen viste at behandlingen førte til en signifikant reduksjon i flere dynamiske risikofaktorer. Åtte studier fant signifikante reduserte holdninger og tankefeller relatert til seksuallovbrudd. I seks av studiene fant man signifikante reduserte vansker med intimitet, økt indre kontrollplassering, økt evne til å mestre negative emosjoner og redusert følelse av ensomhet. Tre av studiene fant signifikant reduksjon i seksuelle fantasier, mer passende seksuelle mønstre og økt seksuell selvregulering. Store forskjeller i de ulike studiene, små utvalg og mangel på kontrollgruppe, begrenser muligheten for en definitiv konklusjon angående kognitiv atferdsterapi og dynamiske risikofaktorer basert på litteratursøket.

*Nøkkelord:* Kognitiv atferdsterapi, seksualforbrytere, dynamiske risikofaktorer

## Introduksjon

Majoriteten av behandlingsprogram med seksualforbrytere baseres på kognitiv atferdsterapi (KAT) (Ly, Fedoroff, & Briken, 2020). Forskning har i stor grad studert hvorvidt KAT kan redusere residiviserater (Polaschek, Day, & Hollin, 2019). Hvilke endringer som skjer under behandling og endringens assosiasjon til residivisme, har lenge blitt ignorert i litteraturen (Hanson, 1997). Dette betyr at man i praksis har tilbudt behandling, uten å vite om den fører til endringer i de faktorene som forhindrer nye lovbrudd (Hanson, 1998). De siste 20 årene har forskning imidlertid rettet oppmerksomheten mot såkalte dynamiske risikofaktorer. Dette er felles faktorer i individer som begår seksuallovbrudd mot mindreårige, som har vist seg å være assosiert med residivisme. Det har videre blitt antatt at behandling med individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige, kan redusere sannsynlighet for residivisme, dersom behandling rettes mot disse dynamiske risikofaktorene (Hanson & Yates, 2013). Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvorvidt kognitiv atferdsterapi fører til reduksjon i dynamiske risikofaktorer, i individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige.

Seksuelle overgrep mot barn er et globalt problem med alvorlige individuelle og samfunnsmessige konsekvenser. Den globale prevalensen har blitt estimert å være fra 8-31% for kvinner og 3-17% for menn (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013). Studier viser i tillegg at mange offer, har samme overgriper (English, Jones, Pasini-Hill, Patrick, & Cooley-Towell, 2000). Dette betyr at forebygging rettet mot et individ, kan forhindre nye overgrep mot et høyt antall individer. Denne typen forebygging tilbys ofte til dømte seksualforbrytere, i form av behandling. Individer som vurderes med risiko for å begå nye overgrep, behandles for å redusere denne risikoen (Beech, Fisher & Thornton, 2003). Behandling bør derfor være rettet mot faktorer i individet, som kan redusere sannsynligheten for nye seksuallovbrudd. Slike faktorer kalles risikofaktorer, og kan deles inn i statiske og dynamiske. Statiske risikofaktorer er faktorer som

ikke kan endres som for eksempel tidligere lovbrudd (Hanson, 1998). Dynamiske risikofaktorer, også kalt kriminogene behov, antas å kunne predikere residivisme og har endringspotensiale (Hanson, 1998).

Den vanligste formen for behandling er kognitiv atferdsterapi (Ly, Fedoroff, & Briken, 2020). Forskning på kognitiv atferdsterapi som en effektiv metode, er derimot mangelfull. Hovedsakelig har forskere benytter residivisme, dvs. raten av nye lovbrudd, som utfallsmål (Polaschek, Day, & Hollin, 2019). Dette er problematisk av flere grunner. For eksempel er oppdaget residivisme for ubehandlede seksualforbrytere, mye lavere enn det som forventes (Hanson & Bussiere, 1996). Mørketall for seksuelle overgrep, antas i tillegg å være høye (Holthe, Hauge, & Myhre, 2016). Residiviserater kan derfor virke noe upålitelige som utfallsmål (Hanson, 1997). En kan heller ikke konkludere med at behandling har bidratt til reduksjon i dynamiske risikofaktorer (Hanson, 1997). Dette er selve rasjonale for behandling av seksualforbrytere. I praksis betyr dette at man tilbyr en behandling, uten å vite om behandlingen gir ønsket effekt. I følge Deming og Jennings (2020) vil mer kunnskap om dette kunne ha viktige implikasjoner for evidensbasert praksis. Det virker derfor å være et behov for å ta et steg tilbake, og undersøke om komponentene i behandling faktisk påvirker de faktorene som predikerer eller er assosiert med nye seksuallovbrudd.

### **Risikofaktorer**

Hanson, Bourgon, Helmus og Hodgons (2009) demonstrerte at "Risk-Need-Responsitivity" (RNR) modellen utformet av Andrew og Bonta (1998) kunne adapteres til behandling av seksualforbrytere. Modellen bygger på antakelsen om at den beste metoden for å redusere residivisme, er ved å følge de fire prinsippene: 1. Risikoprinsippet som handler om at mengde og intensitet på behandlingen som gis, må tilpasses risikonivå, 2. Behovsprinsippet tilsier at program må håndtere kriminogene behov, 3. Responsivitetprinsippet som relateres til



programmets evne til å treffe individer det er ment for og være nyttig for individene programmet er designet for, og 4. Prinsippet om profesjonell diskresjon som handler om at kliniske bestemmelser skal overskrive øvre prinsipper dersom situasjonen tillater det. Risikoprinsippet og behovsprinsippet avhenger begge av identifiseringen av risikofaktorer, dvs. faktorer assosiert med seksuallovbrudd (Andrews & Bonta, 1998).

**Statiske risikofaktorer.** Statiske risikofaktorer er faktorer som kan indikere avvikende utvikling og slik markere langsiktig tilbøyelighet til å delta i kriminell aktivitet (Hanson, 1998). Eksempler på slike faktorer er tidligere lovbrudd og alder. Statiske risikofaktorer er ikke tilbøyelig til endring. Faktorene beskriver i liten grad når et lovbrudd vil kunne skje eller om sannsynligheten for nye lovbrudd har blitt redusert. De kan knyttes til risikoprinsippet, men er videre ansett som lite relevant for behandling, da de ikke kan endres (Heffernan & Ward, 2015).

Et av de tidligste måleinstrumentene for statiske risikofaktorer var Static-99 (Hanson & Thornton, 1999). Instrumentet har gjentatte ganger vist god validitet og predikerer seksuell residivisme i moderat grad. Andre statiske måleinstrumenter som har blitt demonstrert å kunne predikere seksuell residivisme er Sex Offender Risk Appraisal Guide (Quinsey et al., 2006), og Minnesota Sex Offender Screening Tool — Revised (Epperson, Kaul, & Hesselton, 1998). Risiko vurderes på bakgrunn av statiske faktorer som tidligere lovbrudd, alder, sysselsetting, kjennskap til offer, og bruk av tvang.

Det er flere problemer med å kun benytte statiske målinger. Målinger gir for eksempel ingen indikasjon på om behandling har endret sannsynligheten, for at et individ begår nye lovbrudd (Hudson, Wales, Bakker, & Ward, 2002). Statiske målinger kan heller ikke brukes underveis i behandling, og gir derfor ingen indikasjon på bedring.

**Dynamiske risikofaktorer.** Dynamiske risikofaktorer, eller kriminogene behov (Andrews & Bonta, 1998), er risikofaktorer som kan predikere residivisme. De kan endres, og når

endret, assosieres med økt eller redusert sannsynligheten for nye lovbrudd (Hanson, 1998).

Dynamiske risikofaktorer knyttes til behovsprinsippet (Andrews & Bonta, 1998). De har blitt sammenlignet med symptomer som er observerbare ved psykiske lidelser (Heffernan & Ward, 2015). En vet fremdeles ikke sikkert hvorfor disse er til stedet eller hvordan de fungerer, men er anerkjent som felles problemer for individer som begår seksuallovbrudd mot mindreårige (Heffernan & Ward, 2015).

Flere har arbeidet med å identifisere dynamiske risikofaktorer for seksualforbrytere. Hanson og Harris (2000) gjennomførte en studie der de sammenlignet seksualforbrytere som hadde begått nye seksuallovbrudd, med seksualforbrytere som ikke hadde begått nye seksuallovbrudd. De fant forskjeller i sosial støtte, tolerante holdninger til seksuallovbrudd, antisosial livsstil, og mestringsstrategier. Mann, Ruth og Thornton (2010), og Thornton (2013) utførte en gjennomgang av forskning på risikofaktorer. De presenterte en rekke identifiserte dynamiske risikofaktorer med empirisk støtte. Disse faktorene kan deles inn i 4 hovedkategorier (Heffernan & Ward, 2015). Kognitive, emosjonelle, interpersonlige og seksuelle (se Tabell 1, oversatt fra Heffernan & Ward, 2015, s. 251).

***Kognitive.*** En av de identifiserte dynamiske risikofaktoren er positive holdninger til lovbrudd (engelsk: offense-supportive attitudes) (Mann, Ruth, & Thornton, 2010; Thornton, 2013). Slike holdninger kan defineres som overbevisninger som berettiger eller unnskylder seksuelle lovbrudd (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). De risikorelevante holdningene er ikke dem relatert til egne lovbrudd, men heller dem som omhandler seksuallovbrudd generelt. Eksempler på slike er at mindreårige kan nyte sex, at voksen-barn sex ikke er skadelig, eller at mindreårige kan være seksuelt provoserende (Abel et al., 1989; Hanson, Gizzarelli, & Scott, 1994). Slike holdninger er utfordrende å identifisere og måle. For eksempel blir positive uttalelser om egne lovbrudd, antatt å være evidens for positive generelle holdninger (Mann, Ruth, & Thornton,

2010). Forskjeller i når slike holdninger er knyttet til residivisme, varierer i tillegg med kontekst (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Når holdninger måles som en del av oppstart i behandling, er de signifikant relatert til seksuell residivisme. Når samme målinger blir gjort på individer under samfunnstilsyn, er de ikke signifikant relatert til seksuell residivisme (Mann, Ruth, & Thornton, 2010).

Videre har lav evne til problemløsning, blitt empirisk knyttet til seksuell residivisme (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Dette involverer kognitive vansker med å generere og identifisere effektive løsninger på problemer i dagliglivet. Det innebærer vansker med å gjenkjenne eller konseptualisere problemer, mangel på konsekvenstenkning, og vansker med å generere passende muligheter. Dette har vist seg ikke bare å predikere seksuallovbrudd, men også lovbrudd generelt.

En annen dynamisk risikofaktor, identifisert gjennom empirisk forskning, er motstand til regler og tilsyn (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Den underliggende tendensen konseptualiseres som avvikende holdninger til autoriteter, med opposisjonell atferd som en manifestasjon av denne tendensen.

Negativ sosial påvirkning har også empirisk støtte, som en dynamisk risikofaktor (Mann, Ruth, & Thornton, 2010; Thornton, 2013). Dette referer til å ha et sosialt nettverk dominert av individer som er involvert i kriminalitet, promoterer kriminell atferd, som svekker individets kontroll over egen atferd. Negativ sosial påvirkning er en av de viktigste prediktorene for generell kriminell atferd, og har vist seg å være signifikant relatert til seksuell residivisme.

**Emosjonelle.** Innenfor det emosjonelle domene har en identifisert impulsiv livsstil, som en dynamisk risikofaktor (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Dette referer til lav selvkontroll, kronisk ustabilitet i sysselsetting og bolig, mangel på meningsfulle daglige rutiner, uansvarlige

avgjørelser og urealistiske langtidsmål (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Denne faktoren assosieres med alle former for kriminell atferd, ikke bare seksuallovbrudd spesifikt.

En annen faktor assosiert med residivisme innenfor dette domene, er fiendtlighet/ negativ emosjon. Dette kan defineres som følelsen av å ha blitt utsatt for noe galt, at andre har skyld i egne problemer og ønsket om å straffe andre som konsekvens (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Fiendtlighet innebærer også en opptatthet av å oppnå respekt fra andre, tanker om hevn, vansker med å oppfatte andres perspektiv, og en forventning om at andre vil gjøre en vondt. Faktoren ble i en studie vist å predikere voldelig og generell residivisme, men ikke seksuell residivisme (Hanson et al., 2007). I en studie ble den derimot funnet å predikere seksuell residivisme (Knight & Thornton, 2007).

***Interpersonlige.*** Innenfor det interpersonlige domene har det blitt funnet en assosiasjon mellom residivisme og emosjonell kongruens eller identifikasjon med barn (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Dette referer til en følelse av at relasjoner med barn er mer emosjonelt tilfredsstillende, enn dem med voksne. Emosjonell kongruens kan oppleves som om det er lettere å relatere seg til barn, enn til voksne, personen føler seg fremdeles som et barn, eller at barn forstår dem bedre enn voksne. Dette innebærer også ofte en følelse av at forholdet til et barn er gjensidig. Det finnes forskjeller mellom dem som begår seksuelle overgrep innenfor familien, mot gutter, eller mot jenter (Wilson, 1999). Det er mest vanlig hos seksualforbryterne, som begår seksuelle overgrep mot gutter utenfor egen familie. Det er mindre vanlig for dem begår seksuelle overgrep mot jenter utenfor egen familie (antas å være motivert av seksuell tilfredsstillelse) og dem som begår seksuelle overgrep mot mindreårige i egen familie (antas å heve ofrenes status til voksenstatus) (Wilson, 1999).

Manglende emosjonelle intime forhold med voksne, har også vist seg å være signifikant relatert til residivisme (Mann, Ruth, & Thornton, 2010; Thornton, 2013). Dette gjelder forbrytere

som aldri har hatt intime relasjoner med voksne og for dem der intime relasjoner preges av konflikter og/eller utroskap. Individuer som ikke ønsker intimitet, og individer som ønsker, men ikke klarer å oppnå intime relasjoner, er begge i økt risiko. Den underliggende patologien kan dog være ulik.

**Seksuelle.** Innenfor det seksuelle domene har en blant annet identifisert at seksuell opptatthet (engelsk: sexual preoccupation), kan predikere seksuell residivisme. Dette defineres som avvikende intens interesse for sex, som dominerer psykologisk fungering (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Denne faktoren har vist seg å signifikant predikere ikke bare seksuell, men også voldelig, og generell residivisme.

En annen dynamisk risikofaktor med empirisk støtte, er seksuell preferanse for prepubertale eller pubertale barn. Faktoren har blitt demonstrert å være signifikant relatert til seksuell residivisme, uavhengig av hvordan den har blitt målt (selvrapportering, lovbruddshistorikk eller fallometri), (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). Denne typen seksuell preferanse samsvarer med pedofile interesser. Pedofili defineres i ICD-10 under koden F65.4 Pedofili som: ”Foretrukket seksualobjekt er barn i pre-pubertetsalder eller tidlig pubertetsalder: gutter, jenter eller begge kjønn.” (World Health Organization, 2020). Det er en underkategori av F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg, også kalt *parafilier* (World Health Organization, 2020). Denne kategorien består av flere typer seksuelle avvik, som alle innebærer seksuell tiltrekning eller seksuell aktivisering mot upassende situasjoner, objekter eller individer. En annen type parafili som også har vist seg å kunne predikere seksuell residivisme, er seksualisert vold. Dette er interessen for sadisme eller en preferanse for tvunget, fremfor samtykkende sex. Evidens er dog ikke like sterk som for seksuell interesse for mindreårige (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). En har også funnet at å ha flere parafilier er en risikofaktor, som kan predikere seksuell

residivisme (Mann, Ruth, & Thornton, 2010). De vanligste parafilieene blant seksualforbrytere er pedofili, ekshibisjonisme, voyeurisme og seksualisert vold.

**Måling av dynamiske risikofaktorer.** Målinger av dynamiske risikofaktorer, kan gi informasjon om behandling fører til redusert risiko for nye seksuallovbrudd. Flere batteri med ulike psykometriske instrumenter har blitt utviklet for å måle slike faktorer. En av de første tilnærmingene til et slikt batteri, ble utviklet som en del av forskningsprosjektet Sex Offender Treatment Evaluation Project (STEP) (Beech, 1998). Tre domener av daværende identifiserte dynamiske risikofaktorer ble vurdert. Det første domene var sosial kompetanse, som inkluderte måleinstrumenter for selvtillit, ensomhet, selvsikkerhet, mestring av negative følelser og kontrollplassering. Det neste var positive holdninger til lovbrudd, som inkluderte målinger av tankefeller, empati for offer og emosjonell identifisering med barn (for eksempel med Victim Empathy Distortions av Beckett & Fisher, 1994). Det siste domene, seksuelle interesser, inkluderte målinger av seksuelle besettelser og innrømmelse av avvikende seksualitet. Resultatet viste at seksualforbryterne kunne deles inn i 4 grupper basert på avvik og benektelse (Beech, 1998). Klassifiseringen forklarte i tillegg signifikant varians som predikerte seksuell residivisme, utover Static-99.

Thornton (2002) foreslo senere et annet batteri kalt Initial Deviance Assessment (IDA) som en del av en helhetlige risikovurdering. Dette batteriet inneholdt ulike spørreskjema for fire domener: Seksuell interesse, forvrengte holdninger, sosioaffektiv fungering, og selvmestring (engelsk: self-management). Forvrengte holdninger innebefattet målinger av aksept for voldtekt og overgrep mot mindreårige (for eksempel med Rape Myth Acceptance Scale av Burt, 1980). For å måle sosioaffektiv fungering inkluderte man målinger av blant annet ensomhet og negativ affekt (for eksempel med UCLA Emotional Loneliness Scale av Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Det nest siste domene, selvmestring, bestod av et måleinstrument for å vurdere

impulsivitet. Ingen psyometriske målinger for seksuell interesse var tilgjengelig. Også dette batteriet ble vist å kunne forklare for signifikant varians utover statiske målinger.

I dag benyttes fremdeles flere av de samme måleinstrumentene, inkludert i de tidligste batteriene. Allan og kollegaer gjennomførte i 2007 en studie, for å raffinere målinger av dynamiske risikofaktorer. Rammeverket bestod av domeneene sosial utilstrekkelighet, seksuelle interesser, sinne/fiendtlighet og positive holdninger til lovbrudd. Det ble konkludert med at dynamiske variabler kan forbedre risikovurdering. De oppfordret til at videre forskning på hvorvidt målinger av dynamiske risikofaktorer, kan benyttes til å vurdere behandlingsendring.

I følge prinsipper fra RNR modellen, vil ønsket behandlingsutfall forutsette at intervensjoner er rettet mot dynamiske risikofaktorene og at disse reduseres som følge av behandling (Andrews & Bonta, 1998). Utviklingen av kognitiv atferdsterapi for seksualforbrytere, startet lenge før identifiseringen av disse faktorene. Behandlingen er i tillegg utviklet med tiden, heller enn et resultat av empirisk forskning (Marshall & Laws, 2003). Uavhengig av dette er det likevel den behandlingsmetoden som benyttes hyppigst (Ly, Fedoroff, & Briken, 2020).

### **Kognitiv atferdsterapi (KAT) med seksualforbrytere**

Kognitiv atferdsterapi(KAT) med seksualforbrytere kan dateres tilbake til John B. Watson på tidlig 1900-tallet og utviklingen av behaviorismen (Laws & Marshall, 2003). Feltet har gradvis beveget seg vekk fra aversjonsterapi, og over til kognitiv atferdsterapi. Dette skiftet var en konsekvens av nytenkningen i feltet, fra atferd som responser til stimuli, til kognitivt medierte handlinger (Marshall & Laws, 2003).

Fra et kognitivt perspektiv ansees seksuallovbrudd som atferdsmønstre, utviklet og opprettholdt gjennom læring og forsterkning. Videre antas det at dette har ledet til maladaptive responser og mestringsmekanismer (Yates, 2003). Det overordnede målet er å forhindre

residivisme blant dømte seksualforbrytere (Moster et al., 2008). Det er i tillegg ønskelig at deltakerne gjenfinner en opplevelse av selvverd, slik at livet etter behandling blir prososialt og konstruktivt (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). Behandling med denne gruppen anbefales å være omfattende (Moster et al., 2008). Dette er fordi den ikke bare skal være nyttig og omsorgsgivende for forbryteren, men også sørge for beskyttelse av samfunnet.

Behandlingskomponenter rettes mot: tankefeller (engelsk: cognitive distortions), empati, interpersonlige ferdigheter, emosjonsmestring (engelsk: emotion management) og tilbakefallsforebygging. Noen program har i tillegg elementer fra sinnemestring og behavioristiske intervensjoner for avvikende seksuell aktivering (engelsk: deviant seksual arousal) (Moster et al., 2008).

**Intervensjoner rettet mot tankefeller.** Tankefeller kan betraktes som ukorrekte holdninger og overbevisninger, som antas å støtte kriminell atferd (Moster et al., 2008). Intervensjoner rettet mot tankefeller, ansees i dag som et av de viktigste elementene i behandling av seksualforbrytere. Selve inklusjonen av behandlingskomponenten stammer dog mest sannsynligvis fra paradigmeskiftet, fra ren behaviorisme til integrasjonen av kognitiv psykologi (Marshall & Laws, 2003). Kognitiv rekonstruksjon (engelsk: cognitive reconstruction) er en intervensjon som har vist seg å kunne endre forbryteres avvikende overbevisninger (Murphy, 1990). Prosessen starter med at individet gir en detaljert beskrivelse av seksuallovbruddet, inkludert tanker og overbevisninger før hendelsen. Slik antas det at individet vil se en sammenheng mellom tanker, overbevisninger og atferd. Dette foregår vanligvis i en gruppe, slik at andre medlemmer kan øke kritisk tenkning omkring eget lovbrudd (Murphy, 1990). Det antas at gjennom identifisering og evaluering av hverandres tankefeller, atferd, negative konsekvenser, samt implementeringen av prososiale perspektiv, vil tankefeller reduseres (Hall, 1996). Et velkjent problem er at seksualforbrytere ikke ønsker å avsløre eller benekte egne lovbrudd



(Langton et al., 2008). Dette vil naturligvis vanskeliggjøre den videre prosessen i endringen av maladaptive antakelser og overbevisninger. Avsløringen av seksuallovbrudd kan blant annet få store juridiske konsekvenser som økt fengselsstraff, inndratt prøveløslatelse eller avslag på samfunnsbaserte behandlingsmuligheter. Studier har vist at benektelse eller delvis benektelse av lovbrudd forekommer i betydelig grad, hos mellom 50% til 87% seksuallovbrytere (Langton et al., 2008).

**Intervensjoner for emosjonsmestring.** Emosjonsmestring referer til evnen til å monitorere, evaluere og håndtere emosjoner på en adaptiv måte (Thompson, 1994). Behandling for å øke emosjonsmestring, handler om å identifisere og deretter mestre emosjoner som leder til seksuallovbrudd (Moster et al., 2008). Individuer må først utvikle en forståelse for at deres emosjoner og følelser påvirker atferdsmønstre. Dette minner om kognitiv rekonstruksjon, men fokuset er på det emosjonene, heller enn overbevisninger og holdninger. Hovedkomponentene består av å forstå emosjonelle tilstander som depresjon, angst, sinne, ensomhet, skam og skyld. Individuer blir først lært opp i å gjenkjenne emosjoner, som øker risiko for å begå seksuallovbrudd. Dette kan variere fra person til person. Videre må individet bli bevisst hvordan de erfarer disse emosjonene, for eksempel gjennom kroppslige fornemmelser som svette eller hjertebank (Moster et al., 2008).

Som nevnt er manglende anger, aggresjon, og fiendtlighet assosiert med nye lovbrudd. Om dette skyldes manglende emosjonsmestring er ikke kjent (Heffernan & Ward, 2015). Det er derfor usikkert om et generelt fokus på emosjonsmestring, vil kunne redusere dynamiske risikofaktorer innenfor det emosjonelle domene.

**Intervensjoner for interpersonlige ferdigheter.** Historisk har en lenge antatt at seksualforbrytere har manglende sosiale ferdigheter (Moster et al., 2008). Målet er å bedre individers kommunikasjonsferdigheter, og evne til å initiere og opprettholde gjensidige relasjoner

med passende partnere (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). Det første emnet som adresseres er definisjonen av intimitet. Forbrytere må utvikle en forståelse for at dersom intimitet skal kunne eksistere i en romantisk relasjon, må fordelingen av makt og kontroll være likestilt (Moster et al., 2008). En måte å jobbe med slike ferdigheter på, er å diskutere tidligere relasjoner (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). Dette er basert på ideen om at relasjonsvansker i individenes voksne liv, er et resultatet av tidlig tilknytning. Hemmelighold, som seksuallovbrudd fører med seg, forklares som medvirkende til økt distanse fra andre voksne partnere (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). Komponenter fra behandling av sosial fobi, anbefales dersom deltakere mangler sosiale ferdigheter, for å lære grunnlaget for sosial interaksjon med voksne (Heimberg, 2001).

I dag har man identifisert at vansker med intimitet og modenhet i voksne relasjoner, er relatert til residivisme (Heffernan & Ward, 2015). Flere av komponentene nevnt ovenfor virker å være rettet mot nettopp å øke interpersonlige ferdigheter, nødvendige for å kunne opprettholde nære relasjoner til voksne. Samtidig fokuseres det på å tydeliggjøre at relasjoner med mindreårige ikke er passende. Det kan her antas at nytten av denne typen informasjon, vil avhenge av om deltakerne har en avvikende seksuell preferanse for mindreårige.

**Intervensjoner for økt empati.** Empati kan defineres som evnen til å identifisere andres perspektiv, gjenkjenne emosjoner i en selv, og bruke disse emosjonene til å opptre medfølende som et resultat av andres følelser (Pithers, 1994). Et mål i behandling, er å øke empati for eget offer. Dette gjøres ved å gjennomgå video eller dokumenter som inneholder utsagn om konsekvensene lovbruddet har hatt for offeret (Moster et al., 2008). En annen mye brukt teknikk, er å skrive brev som ikke sendes. Dette inkluderer brev fra forbryter til offer, samt fra offer til forbryter. Forbrytere bes om å skrive et brev til offer der de uttrykker angert for hva de har gjort og samtidig tar på seg fullt ansvar for forbrytelsen (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999).

Deltakerne vil videre lese brevene høyt i gruppe, der de mottar tilbakemeldinger fra de andre medlemmene. Brevet må gjerne endres i henhold til tilbakemeldinger flere ganger, før gruppen enes om at forbryteren har demonstrert tilstrekkelig empati for sitt offer. slike intervensjoner rettet mot empati er svært vanlige i behandling av seksualforbrytere. Noen forskere har funnet at seksualforbrytere har viser manglende empati for individer utsatt for seksuallovbrudd og for eget offer (Marshall, Hudson, Jones, & Fernandez, 1995; Fernandez, Marshall, Lightbody, & O'Sullivan, 1999). Forskning har derimot ikke funnet at dette kan predikere eller er assosiert til seksuell residivisme (Brown, Harkins, & Beech, 2012). Empati er derfor ikke en dynamisk risikofaktor, og endringer kan ikke brukes til å predikere risiko for nye lovbrudd.

**Intervensjoner for å redusere avvikende seksuell atferd.** Avvikende seksuell atferd kan defineres som seksualitet som involverer mindreårige og seksuelle aktiviteter (Dougher, 1995). Seksuell tiltrekning blir ofte vurdert ved å benytte teknikken fallometri, der en måler ereksjon samtidig som individet eksponeres for visuelt- eller lydstimuli. Visuelle stimuli kan være av nakne barn, mens auditive stimuli kan være beskrivelser av seksuelle handlinger med barn (Hall, 1996).

Vanligvis vil ikke majoriteten av seksualforbrytere som mottar KAT, være i behov av slike intervensjoner, fordi de ikke har avvikende seksuelle interesser (Dougher, 1995). I en studie fant man at pedofile interesser blant et utvalg dømte seksualforbrytere, ikke var av betydelig størrelse (Schmidt, Mokros, og Banse, 2013).

**Intervensjoner for tilbakefallsforebygging.** Tilbakefallsforebygging inkluderes for å opprettholde atferdsendringer og forhindre tilbakefall. Dette involverer å identifisere høyrisikosituasjoner og triggere som leder til tilbakefall. I tillegg vil man utvikle, planlegge og øve på ferdigheter for å håndtere disse (Marques & Nelson, 1992). Forbrytere må først bli bevisst egen tilbakefallssirkel. Deretter bryter man ned hver del av sirkelen til spesifikke triggere og

utvikler effektive strategier for å håndtere hver trigger. Slik utformes en kognitiv atferdsmessig tilbakefallssirkel.

Videre innebærer tilbakefallsforebygging øvelse i å benytte seg av verktøy introdusert tidligere i behandling og bruken av passende atferdsrespons. For eksempel er det viktig at en forbryter har et sosialt nettverk som kan tilby hjelp og støtte (Marques & Nelson, 1992).

Flere behandlingskomponenter fremstår som kompatible med noen av de dynamiske risikofaktorene (Thornton, 2013). Intervensjoner rettet mot tankefeller, har kanskje potensialet til å redusere problemer innenfor det kognitive domene. Intervensjoner rettet mot emosjonsmestring, kan kanskje redusere problemer fra det emosjonelle domene, osv. Det finnes en del forskning på KAT med seksualforbrytere, med residivisme som utfallsmål. Det har likevel ikke blitt konkludert med at metoden er nyttig eller ikke. Noe av denne forskningen vil det gjøres rede for i neste avsnitt.

### **Forskning på effekten av behandling**

Forskning på behandling med seksualforbrytere, har lenge foregått ved å studere raten av residivisme etter behandling (Polaschek, Day, & Hollin, 2019). Hovedmålet for de fleste program er å forhindre at individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige, skal begå nye seksuallovbrudd. En måte å demonstrere dette på er reduserte tall på antall behandlede deltakere som begår nye seksuallovbrudd. Dersom denne typen forskning skal gjennomføres empirisk, kreves et stort antall deltakere, som kan følges opp minst 3 til 5 år etter løslatelse. Kravene fører til at et fåtall av studiene på behandlingsprogram, evalueres med en solid empirisk metode (Polaschek, Day, & Hollin, 2019). Craig og kollegaer (2003) gjennomførte en gjennomgang av 19 studier på behandling. De konkluderte med at kun 6 av studiene som demonstrerte positive behandlingseffekter, brukte mer empiriske forskningsmetoder som f. eks. randomisert utvalg.

Forskning med residivisme som utfallsmål har i tillegg vist sprikende resultater. I en studie av Quinsey og kollegaer (1998) vurderte de effekten programmet ”Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program” hadde på residiviserater. Resultatene viste at 38 % av utvalget ble arrestert på nytt for et voldelig eller seksuelt lovbrudd. De fant i tillegg en signifikant høyere residiviserate for behandlede seksualforbrytere dømt for lovbrudd mot barn, sammenlignet med andre seksualforbryterne (Quinsey et al., 1998). Marques og kollegaer publiserte i 2005 resultatet fra det langvarige prosjekt ”Sex Offender Treatment and Evaluation Project” (SOTEP). Prosjektet var en randomisert klinisk studie med formålet å undersøke om behandling bidro til reduserte residiviserater. De inkluderte en behandlingsgruppe, en frivillig kontrollgruppe og en ufrivillig kontrollgruppe (deltakere som ikke ønsket behandling). Residiviseratene ble sammenlignet på tvers av gruppene etter behandling. Resultatene viste ingen forskjeller i raten av residivisme for deltakerne som hadde gjennomført behandling, og dem som ikke hadde det. Det var dog usikkert om resultatene indikerte at behandling ikke hadde ønsket effekt, eller om dette var forårsaket av andre faktorer, som ulikheter mellom gruppene. En annen studie fra 2017 av Mews, Di Bella og Purver, fant liknende resultater. De undersøkte behandlingsprogrammet ”The Core Sex Offender Treatment Program”. Programmet ble utviklet for over 20 år siden og er basert på kognitive atferdsintervensjoner (Mews, Di Bella, & Purver, 2017). Resultatene viste at signifikant flere behandlede seksualforbrytere, enn ikke behandlede, begikk minst en ny seksualforbrytelse i oppfølgingsperioden. Forskerne konkluderte med at studien ikke viste den faktiske effekten av programmet på residivisme. Dette var grunnet svakt designet, dårlig implementering av programmet, samt påvirkningen av andre ikke observerte faktorer (Mews, Di Bella & Purver, 2017).

På bakgrunn av resultater som i varierende grad støtter opp om at behandling kan signifikant redusere residivisme, har det blitt foreslått at dette ikke er et brukbart utfallsmål

(Hanson, 1997). I motsetning til forventninger i samfunnet, er oppdaget residivisme for ubehandlede seksualforbrytere mye lavere enn det som antas. Seksualforbrytere har egentlig lave rater av seksuell residivisme de første fem årene under oppfølging (Hanson & Bussiere, 1996). Konsekvensene av dette, blir at en nærmest må ha residiviserater lik null, for å kunne vise en sterk behandlingseffekt. Ifølge Hanson (1997) vil det kreve opp til 400 deltakere fordelt på en behandlingsgruppe og en kontrollgruppe, for å ha en 50 % sjanse for å oppdage en statistisk signifikant effekt av behandling. Et annet problem med residivisme som utfallsmål, er at de fleste seksuelle overgrep, spesielt de mot mindreårige, aldri rapporteres til politiet (Bonta & Hanson, 1994). Mørketallene angående avdekking av seksuelle overgrep mot mindreårige, antas derfor å være høye (Holthe, Hauge, & Myhre, 2016). En kan heller ikke forvente at seksualforbrytere skal vedkjenne omfanget av lovbrudd, da dette vil kunne føre med seg store juridiske konsekvenser (Hanson, 1997).

Hanson (1997) foreslo derfor alternative metoder for å undersøke behandlingseffekt. en av sidde var gjentatte målinger av dynamiske risikofaktorer før og etter behandling. Slike endringer har en viktig verdi, som i stor grad har blitt ignorert i litteraturen innenfor dette feltet (Hanson, 1997). Uten denne kunnskapen, tilbyr man i praksis behandling uten å vite om den har ønsket effekt. Dette fremstår problematisk. Denne oppgaven gjennomgår forskningslitteratur, i et forsøk på å besvare problemstillingen: Fører kognitiv atferdsterapi til reduksjon i dyamiske risikofaktorer, i individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige?

## **Metode**

### **Elektronisk litteratursøk**

For å identifisere forskningsartikler som kan bidra til besvarelsen av problemstillingen, ble det gjennomført et elektronisk litteratursøk i databasene PsycInfo, WoS og Epistemikos. Søkeordene som ble brukt i databasene PsycInfo og WoS, var 3 kombinasjoner av klustere av

ord: 1) seksuell atferd, 2) kognitiv atferdsterapeutisk behandling og 3) behandlingsmål (Se Tabell 2 for oversikt). Søk i Epistemonikos ble gjennomført uten inklusjonen av kluster 3, da dette ikke førte til et eneste treff. Litteratursøk ble utført i tidsperioden 10.07.20 til 03.12.20.

Inklusjonskriterier var som følgende:

Inklusjonskriteriet 1 var at artikler måtte være skrevet på engelsk.

Inklusjonskriterie 2 var at utvalget i studiene måtte bestå av seksualforbryter som hadde begått seksuallovbrudd mot mindreårige. Utvalget i forskning på seksualforbrytere, består ofte av et blandet utvalg av deltakere, som har begått ulike typer seksuallovbrudd. Dette er vanligvis personer som har begått seksuallovbrudd mot mindreårige, mot voksne, og mot mindreårige og voksne (Robertello & Terry, 2007). Studier som kun bestod av individer som hadde begått lovbrudd mot voksne eller mindreårige og voksne, eller der seksuallovbrudd ikke ble spesifisert, ble ikke inkludert. Det var heller ikke ønskelig å inkludere seksualforbrytere med andre tilleggsdiagnoser eller vansker, som f. eks. schizofri eller utviklingshemming, da det er rimelig å anta at dette fører med seg andre utfordringer knyttet til behandling.

Inklusjonskriterie 3 gikk ut på at forskning på behandlingsformer som ikke bestod av kognitive atferdsterapeutiske-, kognitive-, eller atferdsintervensjoner, eller ikke var kognitiv atferdsterapi, ble ekskludert fra gjennomgangen. Dette kriteriet er relatert til problemstillingen om effekten av nettopp KAT på seksualforbrytere.

Inklusjonskriteriet 4 handlet om at studiene måtte inneholde psykometriske utfallsmål relatert til dynamiske risikofaktorer, i henhold til argumenter postulert av Hanson (1997).

Inklusjonskriteriet 5 gikk ut på psykometriske målinger måtte ha blitt gjort før behandling og etter behandling, for å muliggjøre en analyse av endring.

Inklusjonskriteriet 6 var at artiklene måtte inneholde separate resultater for seksualforbrytere som hadde begått lovbrudd mot mindreårige. Dette er basert på antakelsen om

ulike utgangspunkt og derfor ulike endringer som følge av behandling. Forskning har blant annet funnet at dynamiske risikofaktorer hos individer dømt for seksuallovbrudd mot barn, ikke er til stede i andre seksualforbrytere, som for eksempel hos voldtektsmenn. Forskjeller har blant annet blitt funnet i empati for offer, typer tankefeller, selvtillit og intimitetsvansker (Knight & Thornton, 2007; Milner & Webster, 2005; Pithers, 1994; Sigre-Leirós, Carvalho, & Nobre, 2015).

Søket førte til i alt 407 treff. I tillegg ble 16 artikler identifisert gjennom referanser og siteringer. Av alle de til sammen 423 artiklene, var 46 duplikater og ble fjernet. Se Figur 1 for flytdiagram av søket. 290 artikler ble ekskludert på bakgrunn av tittel og abstrakt. Resterende 87 artikler ble gjennomgått for inklusjonskriterier i fulltekst. Av disse ble fire ekskludert fordi de var skrevet på fransk, tysk eller kinesisk. Tre artikler ekskludert fordi de ikke hadde blitt publisert og derfor ikke gjennomgått samme vurderingsprosess som de andre artiklene. Noen ble ekskludert da de var teoretiske, ikke eksperimentelle. Videre ble flere ekskludert grunnet et utvalg bestående av seksualforbrytere med alvorlige psykiske lidelser, ungdommer som hadde begått seksuallovbrudd, kvinnelige seksualforbrytere eller seksualforbrytere med utviklingshemning eller lærevansker. Majoriteten av artiklene ble ekskludert da de ikke oppfylte inklusjonskriteriet angående bruk av psykometriske utfallsmål, eller ikke rapporterte separate resultater for individer som dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige. Gjennomgang for inklusjonskriterier førte til at 78 artikler ble ekskludert. Slik gav søket i alt ni artikler.

### **Resultater**

Følgende artikler identifisert fra søket, vil presenteres separat grunnet betydelige forskjeller i utvalg, behandlingsprogram, utfallsmål og rapportering av resultater. Se Tabell 3 for oversikt over artiklene.

Beech og Ford (2006) gjennomførte en studie for å undersøke forholdet mellom statisk og dynamisk risiko, behandlingsutbytte og nye lovbrudd.



Utvalget bestod av femtien deltakere. Alderen på deltakere varierte fra 21 til 66 år og gjennomsnittsalder var på 42.2 år ( $SD = 13.6$ ). Alle deltakerne hadde fullført minst seks måneders behandling. Designet på studien var gjentatte målinger før og etter gjennomført behandlingsprogram. Alle deltakerne mottok intervensjon.

Behandlingen var et intensivt kognitivt atferdsterapeutisk-program kalt Wolvercote Clinics program. Det ble gitt ved Lucy Faithfull Foundation's Wolvercote Clinic, i Storbritannia. Behandling inkluderte moduler rettet mot empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, interpersonlige ferdigheter, tankefeller og tilbakefallsforebygging. Deltakere undergikk først en 4-ukers utredning, og deretter en 2 til 4 ukers før-intervensjonsfase. Etter dette startet deltakerne opp i behandlingsprogrammet som varte 6 til 12 måneder. Programmet foregikk hovedsakelig i grupper, vanligvis 3 timer om dagen, 5 dager i uken. Det ble i tillegg supplert med andre støttegrupper, individualterapi, og ferdighetstrening på klinikkområdet.

Måleinstrumenter brukt for å måle avvikende kognisjon var Cognitive Distortions (Notering. I artikkelen oppgis Sexual Interest in Children. I samsvar med beskrivelsen av skalaen i artikkelen og beskrivelsen av måleinstrumentet Children & Sex Questionnaire, Beckett, 1987, har undertegnede forstått det slik at skalaen som har blitt benyttet er Cognitive Distortions) og Victim Empathy Distortions av Beckett og Fisher (1994). Endringer i interpersonlige og emosjonelle vansker ble målt med Emotional Identification with Children (Children and Sex Questionnaire; Beckett, 1987), Short Self-Esteem Scale (Webster et al., 2007), UCLA Emotional Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980), Under-assertiveness/Over-assertiveness Scale fra Social Response Inventory (Keltner, Marshall, & Marshall, 1981), Personal Distress Scale (Davis, 1983) og Nowicki-Strickland Locus of Control Scale (Nowicki & Strickland, 1976).

Deltakere ble på bakgrunn av målingene vurdert å være høyt avvikende eller lavt avvikende individer. Dersom et individ hadde høyere skårer enn cut-off skår fikk han 3 poeng. Poengene fra alle målingene ble deretter lagt sammen og dersom et individ hadde en totalskår på åtte eller mer, ble vedkommende antatt å være høyt avvikende. Seksten deltakere ble vurdert å være høyt avvikende og tjuvfem ble vurdert som lavt avvikende.

Resultatene viste at seksten deltakere (31.4%) hadde skårer etter behandling innenfor normalfordeling på samtlige målinger. Av deltakere vurdert som høyt avvikende var det tre som viste signifikant endring på målinger med Cognitive Distortions (Children & Sex Questionnaire, Beckett, 1987), Emotional Identification with Children (Children & Sex Questionnaire, Beckett, 1987), og Victim Empathy Distortions (Beckett & Fisher, 1994). Alle høyt avvikende deltakere viste signifikant endring på målinger med Short Self-Esteem Scale (Webster et al., 2007), UCLA Emotional Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980), og Under-assertiveness/Over-assertiveness Scales fra Social Response Inventory (Keltner, Marshall, & Marshall, 1981). To individer viste signifikante endringer med Nowicki-Strickland Locus of Control scale (Nowicki & Strickland, 1976), og to med Personal Distress Scale (Interpersonal Reactivity Index, Davis, 1983).

Av individene vurdert som lavt avvikende viste ni av tjuvfem signifikante endringer på skalaen Victim Empathy Distortions (Beckett & Fisher, 1994). En deltaker viste signifikant endring på Cognitive Distortions og tre signifikant endring på Emotional Identification in Children scale (Children & Sex Questionnaire, Beckett, 1987). Ti av tolv viste signifikant endring på minst tre målinger interpersonlige/emosjonelle vansker, fem deltakere på alle fem og to på fire målinger.

Beggs og Grace gjennomførte en studie i 2011, med formålet om å undersøke deltakernes utbytte av et behandlingsprogram for individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige.

Utvalget bestod av to hundre og atten voksne menn, med gjennomsnittsalderen 41.1 år ( $SD = 11.9$ ). Alderen på deltakerne varierte fra 18 til 75 år. Designet på studien var gjentatte målinger før og etter behandlingsprogrammet. Alle deltakerne mottok intervensjon.

Behandlingsprogrammet gitt til deltakere het Kia Marama programmet og ble gitt ved Kia Marama Special Treatment Unit i Rolleston i New Zealand. Programmet bestod av moduler knyttet til empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, interpersonlige ferdigheter, emosjonsmestring, seksualitet, avvikende seksuelle fantasier og/eller opphisselse (covert sensitization og masturbatory satiation), samt tilbakefallsforebygging. Programmet ble gitt i grupper med ti deltakere, i 3 timer, tre ganger i uken.

Måleinstrumenter brukt for å undersøke endring relatert til avvikende seksuell interesse var Wilson Sexual Fantasy Questionnaire (WSFQ) (Wilson, 1978). For å måle holdninger relatert til seksuallovbrudd, pro-forbryter atferd og tankefeller, benyttet man Abel-Becker Cognitions Scale av Abel og kollegaer (1989) og Rape Myth acceptance scale av Burt (1980). Interpersonlige og emosjonelle vansker ble målt med Social Self-Esteem Inventory (Lawson, Marshall, & McGrath, 1979), Assertion Inventory —Response Probability subscale (AI-RP) (Gambrill & Richey, 1975), Fear of Intimacy Scale (Descutner & Thelen, 1991), revised UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980), Adult Nowicki-Strickland Internal-External Control Scale (Nowicki & Duke, 1983), Beck Depression Inventory Versions I (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) og II (Beck, Steer, & Brown, 1996), State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983), og Suppression skala fra State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1988).

Resultatet viste blant annet middels til stor effekt for flere av variablene, noe som tyder på en positive endring. De største endringene ble funnet for tankefeller relater til barn og seksuell atferd ( $d = .89$ ). Det ble også funnet endringer relater til aksept for myter om voldtekt ( $d = .63$ ),

indre kontrollplassering ( $d = .57$ ), selvsikkerhet ( $d = .58$ ), fiendtlighet mot kvinner ( $d = .55$ ), og depresjon ( $d = .76$ ). Resultatet indikerte moderat til stort behandlingsutbytte. De største endringene ble funnet for reduserte positive holdninger til lovbrudd og økt sosial tilstrekkelighet.

Bickley og Beech (2003) gjennomførte en studie med formålet å undersøke endringer i tankefeller som følge av behandling.

Utvalget bestod femtini deltakere, med alder som varierte fra 21 til 75 år. Gjennomsnittlig alder var på 39.5 år ( $SD = 12.6$ ). Designet på studien var gjentatte målinger før og etter behandlingsprogrammet. Alle deltakerne mottok behandlingsprogrammet.

Deltakeren mottok Wolvercote Clinics behandlingsprogram ved Lucy Faithgull Foundation's Wolvercote Clinic. Behandlingsprogrammet bestod av intervensjoner rettet mot empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, interpersonlige ferdigheter, tankefeller og tilbakefallsforebygging. Deltakere gjennomgikk først en 4 ukers vurdering, etter dette en 2 til 4 ukers før-intervensjonsfase og deltok deretter i 6 til 12 måneder i behandlingsprogrammet. Mesteparten av programmet forgikk i grupper og varte i 3 timer, 5 dager i uken.

I studien inkluderte man kun måleinstrumenter for holdninger til seksuallovbrudd tankefeller. Disse var Cognitive Distortions Scale fra Children and Sex Cognitions Scale (Beckett, 1987), og Victim Empathy Distortions Scale (Beckett & Fisher, 1994). Resultatet indikerte signifikant reduksjon i tankefeller relatert til seksuallovbrudd og empati for offer, kun for deltakerne som hadde avikende skårer før behandling.

Jung og Guayets (2011) utførte en studie, der proksimale variabler ble brukte av for å undersøke effektiviteten av et program for seksualforbrytere.

Utvalget bestod av førtisyv deltakere. Alderen på deltakerne varierte fra 19 til 68 år gamle, og hadde en gjennomsnittlig alder på 39,2 (SD = 10.99). Designet på studien var gjentatte målinger før og etter behandlingsprogrammet. Alle deltakerne mottok intervensjon.

Deltakerne var med i et tilbakefallsforebyggende-program, ved en rettsmedisinsk psykiatrisk poliklinikk. Komponenter inkludert i programmet var empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, interpersonlige ferdigheter, tankefeller, emosjonsmestring, og tilbakefallsforebygging. Programmet varte i 20 uker, og ble gitt i grupper på åtte til tolv deltakere, i 2 timer.

Måleinstrumenter brukt for å måle avvikende kognisjon var: Hanson Sex Attitude Questionnaires (HSAQ) (Hanson, Gizzarelli, & Scott, 1994), The Locus of Control of Behaviour Scale (LCBS) (Craig, Franklin, & Andrews, 1984) og Sex Offender Acceptance of Responsibility Scale (SOARS) (Peacock, 2000). Endringer relater til interpersonlige og emosjonelle vansker ble målt med The Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983).

Det ble ikke funnet en signifikant endring med HSAQ. Skårer var innenfor normen før og etter behandling. En fant derimot signifikant nedgang i eksternalisering av kontrollplassering målt med LCBS, selv om skårer før og etter var innenfor normen. Det ble i tillegg funnet en signifikant positiv forbedring i aksept av ansvar målt med SOARS. Målinger med IRI viste ikke en total signifikant endring. På den ene skalaen, (2) empatisk omtanke, ble det identifisert en signifikant endring i motsatt av forventet retning. Denne endringen indikerte at deltakerne viste noe mindre empatisk omtanke etter behandling. Resultatene demonstrerte samlet sett økt internalisering av kontrollplassering og økt aksept av ansvar for eget lovrudd. Ingen endringer ble identifisert i empati.

Mandeville-Norden, Beech og Hayes (2008) utført en studie for å undersøke effekt av behandling evaluert med kliniske utfallsmål.

Utvalget bestod av tre hundre og førtien deltakere. Alderen varierte fra 18 til 82 år, med gjennomsnittlig alder på 45.33 (SD = 14.2). Designet på studien var gjentatte målinger med psykometriske måleinstrumenter, før og etter behandlingsprogrammet. Deltakerne gjennomførte en av tre behandlingsprogram. Alle deltakerne mottok intervensjon.

De tre behandlingsprogrammene var: West Midlands Programme (C-SOGP, or Community Sex Offender Groupwork Programme), Thames Valley Programme (TV-SOGP, or Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme) og Northumbria Programme (N-SOGP, or Northumbria Sex Offender Groupwork Programme). De ble gitt i ulike områder i England og Wales. Programmene var relativt like innholdsmessig, men hadde ulike rammer. Innholdet i programmene var temaene empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, interpersonlige ferdigheter, tankefeller, avvikende seksuelle fantasier, og tilbakefallsforebygging. C-SOGP som varte i til sammen 290 timer, TV-SOGP i 160 timer og N-SOGP i 180 timer.

For å måle holdninger og tankefeller relatert til seksuallovbrudd brukte man måleinstrumentet Victim Empathy Distortions (Beckett & Fisher, 1994) og Cognitive Distortions Scale (Beckett, 1987). Endringer i interpersonlige/ emosjonelle vansker ble målt med Emotional Identification with Children (Beckett, 1987), Short Self-Esteem Scale (Webster et al., 2007), UCLA Emotional Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980), Under-assertiveness/Over-assertiveness fra Social Response Inventory (Keltner, Marshall, & Marshall, 1981), Personal Distress Scale (Davis, 1983) og Nowicki-Strickland Locus of Control Scale (Nowicki & Strickland, 1976).

Resultatene viste at av hele utvalget hadde 33% oppnådd en signifikant endring på Victim Empathy Distortion Scale, 15% på Cognitive Distortions Scale. Bare 7 % viste signifikante endringer på Emotional Identification with Children Scale, 21% på Short Self-Esteem Scale, 15%

på UCLA Emotional Loneliness Scale, 26 % på Under-assertiveness/Over-assertiveness Scale, 17 % på Personal Distress Scale og 25% på Locus of Control Scale. Under halvparten av alle deltakerne viste en klinisk signifikant endring på en eller flere av målinger etter behandling. Resultatet indikerte samlet sett at deltakerne viste bedring i tankefeller og holdninger relatert til seksuallovbrudd, og i emosjonelle og interpersonlige vansker.

Miner og kollegaer (1990) gjennomførte en studie med formålet å undersøke foreløpige resultater fra "California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project" (SOTEP).

Utvalget bestod av til sammen nittiåtte deltakere dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige og voldtekt mot voksne. Deltakerne var fordelt i en behandlingsgruppe og en frivillig kontrollgruppe. Behandlingsgruppen bestod av til sammen trettini menn dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige og kontrollgruppen bestod av førtito menn dømt for seksuallovbrudd. Alder på deltakerne var ikke oppgitt. Deltakere ble først matchet og deretter randomisert fordelt til de to gruppene. Målinger ble gjort ved inntak og før løslatelse. Kun deltakerne i behandlingsgruppen mottok intervensjon.

Behandlingsprogrammet ble gitt ved Department of Corrections i California og var basert på tilbakefallsforebygging. Programmet bestod av komponenter rettet mot tankefeller, interpersonlige ferdigheter, stress/sinnemestring, seksualitet, avvikende seksuelle opphisselse, rusmiddelbruk, samt tilbakefallsforebyggende tiltak. Programmet ble gitt i grupper, i 20 til 25 timer behandling per uke, over ca. 2 år.

Måleinstrumenter brukt for å måle avvikende kognisjon var Cognitive Distortions and Immaturity Scale, og Justifications Scale fra Multiphasic Sex Inventory (Nichols & Molinder, 1984). Målinger av seksuell opphisselse ble gjort med fallometri. Deltakerne ble eksponert for stimuli, som bilder, lyd og video, med som variasjon i alder, kjønn, og bruk av tvang for seksuell atferd, samtidig som man målte seksuell opphisselse.

Resultatene viste at individer dømt for seksuallovbrudd i behandlingsgruppen hadde signifikant lavere skårer på målinger med Cognitive Distortions and Immaturity Scale, og Justifications Scale, sammenlignet med kontrollgruppen. Måling av seksuell opphisselse, viste en signifikant reduksjon i avvikende seksuell opphisselse og et ikke-avvikende mønster etter behandling. Resultatene indikerte at behandling hadde en ønsket effekt, og førte til at deltakerne tok mer ansvar for egne lovbrudd, reduksjon i tankefeller, og mer passende seksuelle mønstre.

Nunes, Babchishin, & Cortoni (2011) utførte en studie, med formålet å vurdere endringer på gruppe- og individnivå, som følge av behandling.

Utvalget bestod av tre hundre og tretten deltakere, med en gjennomsnittlig alder på 43.85 år ( $SD = 12.70$ ). Designet på studien var gjentatte målinger med psykometriske måleinstrumenter, før og etter behandling. Deltakerne mottok ett av to program, avhengig av vurdert risikonivå for residivisme.

Deltakere mottok behandlingsprogrammet National Sex Offender Program (NaSOP) med lav intensitet eller moderat intensitet. Programmet ble gjennomført ved Correctional Service of Canada. Det bestod av komponenter knyttet til empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, interpersonlige ferdigheter, tankefeller, emosjonsmestring og seksualitet. Lavintensitetsprogrammet varte i 2 til 3 måneder, mellom 40 til 48 timer. Moderatintensitetsprogrammet ble gitt over 4 til 5 måneder i ca. 200 til 224 timer.

Måleinstrumenter brukt for å måle holdninger relatert til seksuallovbrudd og tankefeller var MOLEST and RAPE scales (Bumby, 1996). Det ble i tillegg inkludert to måleinstrumenter for å måle interpersonlige/ emosjonelle vansker. Disse var Miller Social Intimacy Scale (MSIS) (Miller & Lefcourt, 1982) og Revised UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980).



Resultatet av analyser på gruppenivå viste at deltakerne hadde signifikant bedre skårer på alle tre målinger, med rundt middel effektstørrelse ( $d$  varierte fra .41 til .75). På individnivå observerte man at på målinger med MOLEST scale hadde 29.9 % av deltakerne skårer innenfor norm etter behandling. 44% hadde skårer innenfor normen på målinger med RAPE scale. 37.7% av deltakerne hadde normskårer på måling med UCLA Loneliness Scale. Resultatet viste samlet sett middels størrelse av endring på alle målingene. På individnivå viste omtrent en tredjedel av deltakerne pålitelig endring og funksjonelle nivåer etter behandling, på holdninger til seksuallovbrudd, interpersonlige og emosjonelle vansker.

Wild og kollegaer (2020) gjennomførte en studie som del av et terapiprojekt kalt "Prevention of Sexual Abuse". Formålet med studien var å undersøke effekten av en behandlingsmanual, spesifikt rettet mot dynamiske risikofaktorer i seksualforbrytere mot barn og forbrytere dømt for besittelse av ovegrepsmateriale.

Utvalgets bestod av til sammen trettifire deltakere. Ni deltakere fylte ut spørreskjema før, etter og ett år etter behandling. Gjennomsnittsalderen i gruppen var 44 år ( $SD = 13.9$ ) og varierte fra 25 til 71 år. Tjuefem deltakere fylte ut spørreskjema før og etter behandling. Deltakernes alder i denne gruppen, varierte fra 24 til 71 år. Gjennomsnittsalderen var 41 år ( $SD = 11.8$ ). Designet på studien var gjentatte målinger før, etter og ett år etter behandling. Alle deltakerne mottok intervensjon.

Behandlingsprogrammet ble gitt poliklinisk i Tyskland. Det bestod av moduler knyttet til empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, selvtilitt, tilknytning og intimitet, emosjonsmestring og problemløsning, seksualitet, og tilbakefallsforebyggede tiltak.

I studien ble det inkludert målinger av holdninger til seksuallovbrudd med den tyske oversettelsen av Molest Scale (Bumby, 1996). Seksuell selvregulering ble målt med tysk versjon

av High Risk Situation Test (Neutze, Seto, Schaefer, Mundt, & Beier, 2011) og Coping subscale fra Self-Efficacy Scale Related to Minors (Neutze, Seto, Schaefer, Mundt, & Beier, 2011). Videre ble det inkludert målinger av emosjonelle og interpersonlige vansker med Aachen Self-Efficacy Questionnaire (Wälte et al., 2000), Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis & Fitzpatrick, 2004), Life Satisfaction Questionnaire (Fahrenberg, Myrtek, & Schumacher, 2000).

Det var ingen signifikante endringer på målinger av mestringsevne ett år etter behandling. Signifikant reduksjon i holdninger til seksuallovbrudd, ble observert før til etter behandling og før til ett år etter behandling. Målingen med SCL-90-R viste signifikant bedring i det største utvalget, fra før til etter behandling. Det ble ikke funnet en signifikant bedring i livstilfredshet. Resultatet fra måling av seksuell selvregulering viste signifikant bedring i det største utvalget som følge av behandling. Endringer i selvkontroll relatert til seksuelle impulser var ikke signifikante. Oppsummert ble det identifisert positive endringer i holdninger til lovbrudd, generelt velvære, og seksuell selvregulering.

Woessner og Schwedler gjennomførte i 2014 en studie, med fokus på forholdet mellom fengselsklima, residivisme og endringer i målte risikofaktorer.

Utvalget bestod av hundre og åttifem deltakere med en gjennomsnittlig alder på 31.8 år ( $SD = 11.1$ ). Av disse var syttini (43%) dømt for seksuelle overgrep mot mindreårige. Designet på studien var gjentatte psymoetriske målinger, før og etter behandling. Alle deltakerne mottok behandling.

Deltakere deltok i et sosial-terapeutisk behandlingsprogram gitt ved kriminalomsorgsfasiliteter i Tyskland. Behandlingsprogrammet bestod av moduler knyttet til empati for offer og bevissthet rundt offerets opplevelse av seksualforbrytelsen, interpersonlige ferdigheter, tankefeller, emosjonsmestring og tilbakefallsforebygging.

Måleinstrument inkludert for å måle holdninger relatert til seksuallovbrudd var Procriminal attitudes (Ortmann, 1987). Interpersonlige/ emosjonelle vansker ble målt med en tysk oversettelse av Low Self- Control Scale (Grasmick, Tittle, Bursik Jr, & Arneklev, 1993), E-Scale (Leibetseder, Laireiter, Riepler, & Köller, 2001), skalaen emosjonell ustabilitet fra FPI-R (Fahrenberg, Hampel, & Selg, 1994) og nevrotisisme fra NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993).

Resultatene viste en signifikant bedring på målinger av emosjonell ustabilitet med lav effektstørrelse ( $d = .29$ ). En fant også en signifikant nedgang i positive holdninger til lovbrudd med lav effektstørrelse ( $d = .42$ ). Det ble ikke identifiserte signifikante endringer på måling av empati. Oppsummert observerte man bedring i angst/ nevrotisisme og reduksjon i holdninger relatert til seksuallovbrudd.

### **Diskusjon**

Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen viste at kognitiv atferdsterapi førte til en reduksjon i noen av de identifiserte dynamiske risikofaktorene. I åtte studier ble det identifisert signifikant reduksjon i faktorer innenfor det kognitive domene, som følge av KAT. I seks studier ble det identifisert signifikante endringer som følge av behandling, innenfor det interpersonlige/ emosjonelle domene. De tre studiene som hadde inkludert målinger av faktorer innenfor det seksuelle domene, identifiserte alle signifikante endringer som følge av KAT. På individnivå ble det aldri funnet signifikante endringer av behandling, for mer enn halvparten av deltakerne. Effektstørrelsene fra de ulike studiene, varierte med ulike måleinstrumenter. Disse resultatene indikerer at kognitiv atferdsterapi hadde ønsket effekt på noen av de dynamiske risikofaktorene, for noen av deltakerne, funnet med noen av måleinstrumentene.

### **Kognitive vansker**

Åtte studier inkludert i gjennomgangen, fant en signifikant reduksjon i en eller flere målte faktorer på gruppenivå, innenfor det kognitive domene. Endringer som kunne knyttes til de identifiserte dynamiske risikofaktorene, var reduksjon i positive holdninger til seksuallovbrudd og økt aksept av ansvar. Dette indikerer at kognitiv atferdsterapeutiske intervensjoner har en effekt på noen av de dynamiske risikofaktorene, innenfor dette domene. KAT kan antas å være spesielt velegnet til å endre avvikende kognisjon, da dette er selve kjernen av behandlingsmodellen (Hofmann, 2011). Det har blitt foreslått at avvikende holdninger og antakelser holdt av seksualforbrytere, stammer fra grunnleggende overbevisninger som påvirker oppmerksomhet, informasjonsprosessering og tolkningen av denne informasjonen (Ward, Hudson, Johnston, & Marshall, 1997). På denne måten vil en seksualforbryter ta inn informasjon og tolke en situasjon ut i fra egne overbevisninger. Ved å utfordre slike maladaptive antakelser, en vanlig komponent i KAT (Hofmann, 2011), kan man redusere slike overbevisninger. Dette vil igjen kunne lede til redusert sannsynlighet for nye seksuallovbrudd.

På individnivå fant man derimot kun signifikante endringer hos under halvparten av deltakerne. Dette ble observert i alle studiene som hadde inkludert denne typen analyse. Beech og Ford (2006) fant at av hele utvalget var det 31.4 % som hadde skårer innenfor det normale etter behandling. Mandeville-Norden, Beech og Hayes (2008) fant at kun 33% av utvalget viste signifikant endring på tankefeller relatert til empati for offer. Kun 15% av deltakerne i samme studie, viste signifikant endring i tankefeller relatert til seksuallovbrudd. Nunes og kollegaene (2011) fant at 29.9 % av deltakeren hadde skårer innenfor normen i holdninger til seksuallovbrudd mot barn. Dette tyder på at intervensjonene rettet mot avvikende kognisjon hadde en positiv effekt på noen av deltakerne, men ikke i nærheten alle individene dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige.

Det foreslås i de ovennevnte studiene, at variasjon i hvem som ansees som "friske" etter behandling, kan skyldes ulike faktorer. Dette være seg at deltakerne hadde ulike utgangspunkt (Beech og Ford, 2006), ulike behandlingsbehov (Mandeville-Norden, Beech, & Hayes, 2008), eller andre modererende faktorer som behandlingsintensitet eller alder på offer (Nunes, Babchishin, & Cortoni, 2011). En annen mulig årsak, kan sees i sammenheng med de tre første prinsippene fra Risk-Need-Responsivity (RNR) modellen (Andrews & Bonta, 1998). Her presiseres det at behandling, skal samsvare med individers risikonivå, behov og responsivitet. Det var kun to studier fra gjennomgangen, som hadde ulike versjoner av behandlingsprogram, tilpasset disse prinsippene (Mandeville-Norden, Beech, & Hayes, 2008; Nunes, Babchishin, & Cortoni, 2011). Dette kan kanskje også henge sammen med usikkerhet innenfor feltet, vedrørende hvilke fenomener det er viktig at behandling treffer. Hanson (2008) og flere (Hanson & Yates, 2013; Mann, Hanson, & Thornton, 2010) har postulert at den beste behandlingen retter seg mot dynamiske risikofaktorer. Dette er det ikke enstemmig enighet om (Lindsay, Ward, Morgan, & Wilson, 2007; Ward & Beech, 2015; Ward & Gannon, 2006; Ward & Stewart, 2003), noe som tydeliggjøres med variasjon i behandlingskomponenter inkludert i de ni studiene.

**Psykometriske målinger av kognitive vansker.** Resultatene fra målinger av avvikende kognisjon, varierte med ulike spørreskjema. Studiene som benyttet måleinstrumentene Victim Empathy Distortions (Beckett & Fisher, 1994) og Cognitive Distortions Scale fra Children & Sex Questionnaire (Beckett, 1987), viste gjennomgående signifikante endringer. Victim Empathy Distortions har blitt vist å ha god intern reliabilitet og test-retest reliabilitet blant ubehandlede seksforbrytere (Beckett & Fisher, 1994). I tillegg har den blitt vist med diskriminant validitet mellom seksualforbrytere og ikke-seksualforbrytere (Beckett, Beech, Fisher, & Fordham, 1994). Måleinstrumentet er utviklet for å måle empati hos individer, for personer som har blitt utsatt for

seksuallovbrudd, og for eget offer. I studiene har spørreskjemaet derimot blitt inkludert som et måleinstrument for tankefeller, ikke offer-spesifikk empati.

Cognitive Distortions Scale (Beckett, 1987) er ment å måle i hvilken grad et individ anser sitt offer som ansvarlig for oppfordring eller initiering til seksuell kontakt. Skalaen har blitt funnet å ha middels test-retest reliabilitet (Beech, 1998). Den har også blitt rapportert med høy intern konsistens (referert i Beech, 1998, s. 325). Det er videre vanskelig å finne mer forskning på denne skalaen, som blant leder til spørsmål vedrørende validering av spørreskjemaet.

Jung og Gulayets (2011) identifiserte ikke en signifikant reduksjon i holdninger til seksuallovbrudd på målinger med Hanson Sex Attitude Questionnaires (Hanson, Gizzarelli, & Scott, 1994). Spørreskjemaet består av de to skalaene "sexy children" og "sexual entitlement", som begge har vist å ha høy reliabilitet med incest-seksualforbrytere. Det foreslås av Jung og Gulayets, at mangelen på endringer identifisert med dette skjemaet, kan skyldes at de to skalaene består av spørsmål om svært spesifikke tankefeller. Dette blir problematisk da det kanskje ikke reflekterer det vide spekteret av ulike seksuallovbrudd begått av deltakerne. For eksempel er det ikke sikkert at et individ dømt for blotting, har avvikende kognisjon som fanges opp av dette skjemaet. Det reflekterer kanskje heller ikke heterogeniteten av seksualforbrytere som gruppe (Robertello & Terry, 2007).

Nunes og kollegaer (2008) benyttet et annet mye brukt skjema for å måle holdninger til seksuallovbrudd, nemlig MOLEST and RAPE scales (Bumby, 1996). Begge skalaene har vist adekvat intern konsistens, og høy test-retest reliabilitet etter to ukers intervall. En har også demonstrert med dette skjemaet at seksualforbrytere dømt for voldtekt har lavere skårer på målinger med MOLEST scale, enn dem dømt for overgrep mot mindreårige. Det kan derfor antas at dette skjemaet i større grad fanger opp avvikende kognisjon hos overgripere mot mindreårige (Bumby, 1996).

Beggs og Grace (2011) identifisert stor effektstørrelse for tankefeller relatert til barn og seksuell atferd på målinger med Abel-Becker Cognitions Scale (Abel et al., 1989). Dette spørreskjemaet er spesifikt utformet for å vurdere tankefeller hos voksne som begår seksuelle overgrep mot mindreårige. Det er vurdert å ha akseptabel validitet og reliabilitet, men har likevel en del mangler. For det første er spørreskjemaet for transparent og derfor sårbart for sosial ønskverdighet (Abel et al., 1989). Spørreskjemaet har også blitt kritisert for bruken av skala fra 1 til 5, da dette åpner opp for muligheten til å svare nøytralt på spørsmål (Bumby, 1996). I studien av Beggs og Grace (2011) ble det funnet sterk lineær korrelasjon mellom skårer før behandling og endringskårer. Dette indikerte at sosial ønskverdighet var til stedet, slik at deltakere med høye skårer før behandling viste betydelige bedre skårer etter behandling. Det nevnes likevel at selv uten sosial ønskverdighet, vil individer med høyere skårer før behandling ha større åpning for å vise genuin bedring.

Oppsummert er det antydning til uenighet, angående bruk av bestemte spørreskjema for å måle dynamiske risikofaktorer innenfor det kognitive domene. Dette er problematisk da det blir utfordrende å vurdere hvilke endringer som skyldes behandling og hvilke endringer som skyldes andre faktorer, som for eksempel sosial ønskverdighet. Det kommer heller ikke tydelig frem rasjone for hvorfor man har benyttet seg av et skjema, heller enn et annet. Noen av skjemaene finnes det i tillegg lite forskning på, og det fremstår usikker hva som egentlig måles.

### **Interpersonlige og emosjonelle vansker**

I flere av studiene (Beech & Ford, 2006; Beggs & Grace, 2011; Jung & Gulayets, 2011; Mandeville-Norden, Beech, & Hayes, 2008; Nunes et al., 2011; Wild et al., 2020; Woessner & Schwedler, 2014) ble det identifisert positive endringer på målinger relatert til flere faktorer knyttet til det emosjonelle og interpersonlige domene. Dette kan tyde på at KAT har en effekt på dynamiske risikofaktorer innenfor disse to domenene. Mer spesifikt ble det i disse artiklene,

innenfor det interpersonlige domenet, identifisert økt selvtillitt og reduserte vansker med intimitet. Lav selvtillitt har ikke blitt direkte knyttet til seksuell residivisme. Det har dog blitt foreslått at lav selvtillitt sammen med skam, bidrar til genereringen av tankefeller om seksuallovbrudd (Marshall et al., 2009). Vansker med intimitet, har derimot blitt identifisert som en spesifikk dynamisk risikofaktor (Heffernan & Ward, 2015).

Dette tyder på at KAT leder til endring i en, men ikke de resterende dynamiske risikofaktorer innenfor dette domenet som komfort rundt barn, aggresjon og sosial isolasjon (Heffernan & Ward, 2015). Hvorfor en ikke finner reduksjon i flere faktorer, kan kanskje forklares av at intervensjoner ikke er spesifikt rettet mot disse, at måleinstrumentene ikke er spesifikke nok, eller at vanskene ikke var til stede hos deltakerne i utgangspunktet.

Innenfor det emosjonelle domene ble det i de gjennomgåtte artiklene, identifisert økt indre kontrollplassering, økt generelt velvære, økt evne til å mestre negative emosjoner, redusert følelse av ensomhet, redusert nevrotisisme og depresjon. Disse resultatene samsvarer kanskje mest med de to dynamiske risikofaktorene ”negativ bekymring” og ”skylder på andre” (Heffernan & Ward, 2015). Det ble ikke identifisert signifikant bedring i selvkontroll, som kan knyttes til den dynamiske risikofaktoren ”impulsivitet”.

Basert på hva som har blitt målt, er det vanskelig å konkludere med en observert reduksjon i de resterende dynamiske risikofaktorene, som for eksempel medgjørighet, og manglende anger. Dette kan igjen antyde at måleinstrumentene inkludert i de ulike studiene, ikke måler dynamiske risikofaktorer i tilstrekkelig grad, intervensjoner traff ikke disse faktorene eller faktorene var ikke til stedet i utgangspunktet.

De ovennevnte resultatene fra de inkluderte studiene, kan tenkes å indirekte lede til reduksjon i dynamiske risikofaktorer. For eksempel kan kanskje økt evne til å mestre negative emosjoner, redusert nevrotisisme og depresjon, redusere maladaptiv mestring som ved



rusmiddelbruk, sex eller onanering. En har demonstrert at voksne som begår seksuelle overgrep mot barn, ofte har en emosjonelt-orientert mestring eller unnvikende-orientert mestring (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999; Marshall, Marshall, Sachdev, & Kruger, 2003). Emosjonelt-orientert mestring er håndtering av følelsene rundt et problem, ved ønsketenkning eller å skylde på andre. Unnvikende-orientert mestring innbefatter unngåelse av problemer gjennom distraksjonsaktiviteter eller sosial avledning, som ved rusmiddelbruk eller sex (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999; Marshall, Marshall, Sachdev, & Kruger, 2003). En slik sammenheng mellom maladaptiv mestring og regulering av emosjoner, har man blant annet observert ved rusmiddelbruk (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995). Ensomhet har heller ikke blitt direkte knyttet til seksuell residivisme, men har blitt foreslått å være en måte problemer med intimitet oppleves på (Heffernan & Ward, 2015). Dette betyr at lavere skårer på ensomhet, kan indikere reduserte vansker med intimitet.

Det ble ikke identifisert økt empati i noen av studiene. I den ene studie av Jung og Guayets (2011) ble det identifisert en signifikant endring i motsatt av forventet retning. Deltakerne viste overraskende nok, en tendens til noe *mindre* empatisk omtanke etter behandling. Det har ikke blitt funnet evidens som støtter antakelsen om at seksualforbrytere har manglende generalisert empati (Brown, Harkins, & Beech, 2012). I noen studier har man derimot funnet at seksualforbrytere kan ha redusert empati for barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, og redusert empati for egne offer (Marshall, Hudson, Jones, & Fernandez, 1995; Fernandez, Marshall, Lightbody, & O'Sullivan, 1999). Dette har likevel ikke blitt knyttet til økt risiko for å begå nye seksuallovbrudd. Empati vurderes derfor ikke å være en dynamisk risikofaktor.

**Psykometriske målinger av interpersonlige og emosjonelle vansker.** Det ble benyttet ulike og mange spørreskjema i de inkluderte studiene, for å måle interpersonlige og emosjonelle vansker. Eksempler på spørreskjema inkludert var Miller Social Intimacy Scale (MSIS; Miller &

Lefcourt, 1982) og Revised UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). MSIS består av 17 spørsmål og måler maksimalt nivå av intimitet, opplevd på nåværende tidspunkt med venner eller i ekteskap. Måleinstrumentet har vist god intern validitet, og test-retest reliabilitet. Det har også blitt demonstrert samsvar mellom lave skårer på MSIS og ensomhet med UCLA Loneliness Scale. Revised UCLA Loneliness består av 20 spørsmål. der 10 måler tilfredshet med sosiale relasjoner, og 10 måler utilfredshet (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Måleinstrumentet er vist å ha høy intern konsistens og akseptabel test-retest reliabilitet (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980).

Et annet måleinstrument som ble inkludert i tre av studiene (Mandeville-Norden, Beech, & Hayes, 2008; Beech & Ford, 2006; Beggs & Grace, 2011) var Nowicki-Strickland Locus of Control Scale (Nowicki, 1976). Dette spørreskjemaet måler nivå av intern vs. ekstern kontrollplassering. Individuer med høy skåre oppfatter seg selv som mer ytre kontrollert. Individuer med lave skåre oppfatter seg selv som mer indre kontrollert. Måleinstrumentet ble utviklet for å måle flere dimensjoner av kontrollplassering, men har blitt kritisert for at dimensjonene ikke er konsistente på tvers av studier (Finch, Spirito, Kendall, & Mikulka, 1981). Dette skaper usikkerhet vedrørende reliabilitet.

I den ene studien av Woessner og Schwedler (2014) inkluderte man en tysk oversettelse av måleinstrumentet Low self-control Scale (Grasmick, Tittle, Bursik Jr, & Arneklev, 1993). Måleinstrumentet er ment å måle ulike aspekter ved selvkontroll. Dessverre fremstår det ikke som at slutninger kan baseres på målinger med dette spørreskjemaet. En studie på måleinstrumentet (Delisi, Hochstetler, & Murphy, 2003) konkluderte med at instrumentet var så dårlig validert, at bruken av instrumentet ikke kunne rettferdiggjøres. Dette antyder ikke bare at resultatene må tolkes med forsiktighet, men også en noe ukritisk bruk av måleinstrumenter.

Oppsummert kan det fremstå som at det også ved utvelgelse av måleinstrumenter for interpersonlige og emosjonelle faktorer, er uengighet om hvilke instrumenter som best fanger opp endringer som følge av behandling. Rasjonale for valg av måleinstrumenter inkludert i de ulike studiene, kommer ikke tydelig frem, og fremstår til tider tilfeldig eller utelukkende basert på inklusjonen i tidligere studier. Mengden måleinstrumenter benyttet i de ulike studiene, kan i tillegg fremstå som et symptom på nangelnde validerte spørreskjema. Dette er problematisk med hensyn til tolkning av av resultatene.

### **Seksuelle vansker**

Det var kun tre studier fra gjennomgangen, som inkluderte målinger av faktorer innenfor det seksuelle domene (Beggs & Grace, 2011; Miner et al., 1990; Wild et al., 2020). Fem ulike program inkluderte en behandlingskomponent rettet mot dette (Beggs & Grace, 2011; Mandeville-Norden, Beech, & Hayes, 2008; Miner et al., 1990; Nunes, Babchishin, & Cortoni, 2011; Wild et al., 2020). I studien av Beggs & Grace (2011) fant man signifikante endringer på de to delskalaene ”exploratory” og ”impersonal” fra Wilson Sexual Fantasy Questionnaire (WSFQ) (Wilson, 1978). Dette spørreskjemaet er ment å måle seksuelle fantasier, og samtlige delskalaer har blitt vist å være signifikant assosiert med seksuell residivisme (Allan, Grace, Rutherford, & Hudson, 2007; Stevens, Tan, & Grace, 2016). Dette antyder at positive endringer på disse skalaene er assosiert med redusert seksuell residivisme. Forskning på nytten av spørreskjemaet har derimot vist at det har lav diskriminant validitet (Bartels, Lehmann, & Thornton, 2019; Baumgartner, Scalora, & Huss, 2002). I en studie på spørreskjemaet fant man at individer som aldri hadde begått lovbrudd, rapporterer langt flere fantasier, enn seksualforbrytere og forbrytere som hadde begått andre typer lovbrudd (Baumgartner, Scalora, & Huss, 2002). Dette kan tyde på at spørreskjemaet er sårbart for sosial ønskerdighet.

I studien av Wild og kollegaer (2020) fant man signifikant bedring i kontroll over seksuell impulser. De benyttet delskalaen ”coping” fra Self-Efficacy Scale Related to Minors (Neutze, Seto, Schaefer, Mundt, & Beier, 2011). Det er vanskelig å finne forskning på denne skalen. Det rapporteres av Neutze og kollegaer (2011) at den er positivt korrelert til spørreskjemaet Coping Using Sex Inventory(CUSI) som har blitt funnet å ha god indre konsitens (Cortoni & Marshall, 2001). I studien til Miner og kollegaer (1990) ble det benyttet fallometrisk måling av avvikende seksuell opphisselse. De identifiserte signifikant endring som følge av behandling.

Grunnet spørreskjemaenes sårbarhet for sosial ønskverdighet, har det blitt anbefalt å benytte mer objektive fysiologiske måleinstrumenter (Baumgartner, Scalora, & Huss, 2002). De signifikante endringene observert av Beggs og Grace (2011), og Wild og kollegaer (2020) bør derfor tolkes med forsiktighet. Resultatene fra Miner og kollegaer (1990) er vanskeligere å manipulere, og indikerer derfor kanskje i større grad faktisk endring som følge av KAT.

## **Design**

Samtlige studier identifisert fra litteratursøket benyttet et design med repeterte målinger før og etter behandling. Dette designet kan ansees som en nyttig metode for å utforske effektivitet av behandling (Hanson, 1997) og for å demonstrere at gruppe-medlemmer viser endringer på forventede områder (Harkins & Beech, 2007). Uten en randomisert kontrollgruppe, fører dette designet imidlertid med seg ett hovedproblem: manglende intern validitet. Det er ikke mulig å bestemme hvilke endringer som kan forklares av behandling og hvilke som skyldes andre forhold, uten en kontrollgruppe. Av studiene identifisert gjennom litteratursøket, var det kun en studie (Miner et al., 1990) som hadde inkludert en kontrollgruppe.

Randomiserte kontrollerte studier (RCT) beskrives som komplisert å gjennomføre med seksualforbrytere. En årsak til dette er utfordringer med å randomisere deltakere til matchede grupper, da antall frivillige deltakere ikke er stort nok (Marshall & Marshall, 2007). Et annet

relatert spørsmål er hvilke trekk som skal tas i betraktning ved matching. Statistiske faktorer har vanligvis blitt benyttet, men seksualforbrytere er en heterogen gruppe og det vil være utfordrende å kontrollere alle disse faktorene (Marshall & Marshall, 2007). I tillegg er det en etisk komponent, knyttet til å kun tilby en andel av denne gruppen behandling. Sammenlignet med andre RCT studier, vil konsekvensene for et individ som ikke mottar behandling i en studie på andre vansker (for eksempel angst), hovedsakelig gå ut over individet selv. Dette er derimot ikke nødvendigvis konsekvensen ved å kun tilby behandling til en andel seksualforbrytere.

Seksualforbrytere som randomiseres til kontrollgruppen vil kanskje kunne lide av dette.

Menneskene dette sannsynligvis vil gå mest ut over, er likevel potensielle fremtidige offer. I tillegg er det sannsynlig at disse individene vil måtte gå ubehandlet over lengre tid, for å kunne undersøke langsiktige utfall av behandling. Det er kanskje ikke rimelig å anta at miljøet og menneskene rundt, vil godta disse betingelsene. Marshall og Marshall (2007), to av forskerne som har stått i spissen for denne debatten, konkluderte med at RCT ikke er en passende metode å benytte i forskning på denne gruppen.

Denne påstanden har siden blitt utfordret. Seto og kollegaer (2008) foreslo flere løsninger på de ovennevnte problemene. For eksempel kan en arbeide med å utdanne interessenter og det offentlige om viktigheten av RCT-studier, samt informere om kostnadene av å tilby behandling som ikke er effektiv. Et annet forslag var å kombinere data fra mindre RCT- studier og på denne måten unngå at et stort antall individer går ubehandlet over lengre tid. Det samme problemet kan kanskje løses ved å randomisere en gruppen til alternativ behandling, når en behandling er vist å ha effekt. En siste løsning er å undersøke bare en behandlingskomponent, slik at en gruppe mottar behandling med denne komponenten og en behandling uten komponenten. Det er tydelige krefter innenfor feltet som streber for å oppfordre til randomiserte kontrollerte studier, selv om dette sjeldent forekommer (Deming & Jennings, 2020). Seto og kollegaer (2008) argumenterer for at

RCT er den eneste måten feltet vil kunne videreutvikles og sammen komme frem til evidensbasert klinisk praksis.

### **Utvalg**

En annen begrensning med de inkluderte studiene var størrelsene på utvalgene. Kun tre studier (Beggs & Grace, 2011; Mandeville-Norden, Beech, & Hayes, 2008; Nunes, Babchishin, & Cortoni, 2011) hadde et utvalg bestående av over 100 deltakere som hadde begått seksuallovbrudd mot barn. De resterende studiene bestod av utvalg på en størrelse mellom 34 og 96 deltakere. Problemet med få antall deltakere, er blant annet at resultatene ikke kan generaliseres. Få deltakere svekker i tillegg den statistiske styrken til de utvalgte studiene. Det ble kun identifisert en stor effektstørrelse i en av studiene (Beggs & Grace, 2011). Denne studien bestod av et utvalg på 218 deltakere. De resterende var av liten til middels størrelse ( $d$  varierte fra .29 til .76). Et større utvalg, vil bidra til økt statistisk styrke (Burmeister & Aitken, 2012).

### **Analyser av endringer på individnivå**

Fem av studiene inkludert, analyserte endringer på individnivå. Dette ble gjort ved å sammenligne skårer fra deres utvalg, med skårer fra en "normal" populasjon. Metoden kan si noe om deltakerne kan ansees som "behandlet" eller ikke. Dette kalles klinisk signifikans, dvs. om deltakeres skårer endrer seg fra en dysfunksjonell eller klinisk populasjon, til skårer man sannsynligvis ville identifisert i en funksjonell populasjon eller ikke klinisk populasjon (Kazdin, 2003). Denne metoden beskrives som standard for å undersøke effekten av en behandling (Kazdin, 2003). En kalkulerer da først en "cut-off" skåre, dvs. en skåre som indikerer responser innenfor det normale, utenfor det dysfunksjonelle. Deretter undersøker en om skårer før og etter behandling befinner seg innenfor dette området (Kazdin, 2003). Normale responser kan stamme fra ulike steder, men består alltid av deltakere som ikke er dømt for kriminelle handlinger. Endring vurderes gjennom å kalkulere "Reliable Change Index" (RCI) (Jacobson, Follette, &

Revenstorf, 1984). Dersom denne er større enn 1.96, indikerer dette at pre- til post-endring ikke er et resultat av tilfeldigheter i testskårer, altså endringen er signifikant. Klinisk signifikant behandlingsendring på noen faktorer, har blitt funnet å kunne predikere seksuell residivisme (Kazdin, 2003). Dette gjør metoden til et nyttig verktøy for å vurdere effektiviteten av en behandling for seksualforbrytere. En begrensning med denne metoden, er at endring avhenger i stor grad av normgruppen som utvalget sammenlignes med (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984). Mandeville- Norden og kollegaer (2008) sine funksjonelle gjennomsnitt og standardavvik brukt for å generere "cut-off", kom fra 81 mannlige fengselsbetjenter. Nunes og kollegaer (2011) brukte normer fra 14 mannlige universitetsstudenter. Det er ikke sikkert at disse gruppene representerer en "frisk" populasjon, som igjen påvirker tolkningen av resultatene. Det er heller ikke usannsynlig at det finnes forskjeller mellom de to normgruppene, benyttet i de to ulike studiene. Dette er kanskje et tegn på manglende kongruens innenfor forskningsfeltet. Et forslag for å løse dette problemet er å kombinere alle tilgjengelige utvalg i litteraturen til et sett av standardiserte grenser og verdier (Jacobson & Truax, 1991). Disse vil kanskje i større grad representere reelle normskårer og forenkle sammenligningen av resultater på tvers av studier. Dette bør vurderes ved fremtidig forskning.

### **Implikasjoner for fremtidig forskning**

De presenterte begrensningene med studiene og utfordringer knyttet til å tolke resultater, indikerer at det er behov for mer empiriske metoder ved fremtidig forskning. For det første blir det utfordrende å sammenligne resultatene på ulike faktorer, pga. forskjellene i utvalgte måleinstrumenter. Noen av spørreskjemaene i de ulike studiene, har heller ikke blitt tilstrekkelig validert. Fåtalet har blitt knyttet til residivisme. I tillegg er det spørsmål knyttet til påvirkningen av sosial ønskverdighet.

En mulig løsning på dette problemet, er å benytte måleinstrumenter som ikke utelukkende baseres på selvrapporing. Eksempler på slike er Violence Risk Scale: Sexual Offender Version (VRS: SO) og Goal Attainment Scaling for sexual offenders (GAS). Begge disse måleinstrumentene baserer dynamisk risiko på informasjon innhentet fra filer om individene. Begge har vist lovende resultater vedrørende måling av dynamiske risikofaktorer (Wakeling, Beech, Szumski, & Freemantle, 2015). Det må her nevnes at i studien av Beggs og Grace (2011) ble begge disse måleinstrumentene inkludert, sammen med det psykometriske batteriet. Da ingen av de andre studiene hadde inkludert lignende måleinstrumenter, ble ikke disse resultatene inkludert i denne gjennomgangen, men kan være interessante ved fremtidig forskning.

En annen metode som har blitt anbefalt som supplement, er fysiologiske målinger. Noen eksempler på slike målinger er fallometri, polygrafi, eller visuell reaksjonstid (VRT) (engelsk: Visual reaction time). Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) (2014) oppgir at psykofysiologiske vurderinger kan være nyttig for innhenting av objektiv data som ikke kan oppnås gjennom andre metoder, for å utforske reliabiliteten av individuell selvrapporing, og utforske potensielle endringer, fremgang og samsvar relatert til behandling. Inklusjonen av slike målinger kan tenkes å være nyttig i videre forskning, da målinger ikke kan manipuleres i samme grad som ved spørreskjema. Flere har tidligere postulert at fallometrisk måling er den best etablerte tilgjengelig metoden for å vurdere seksuell interesse (O'Donohue & Letourneau, 1992; Rosen & Keefe, 1978; Zuckerman, 1971). I en nyere studie man i tillegg funnet at denne metoden, kan brukes til å predikere seksuell residivisme (McPhail et al., 2019). Dette betyr kanskje at slike målinger i større grad fanger opp faktisk endring i denne dynamiske risikofaktoren, som følge av behandling.

Det kan også være relevant for fremtidig forskning å måle dynamiske risikofaktorer før, etter og en lengre periode etter behandling. Dette ble kun gjort i en studie, med svært få deltakere



(Wild et al., 2020). Dynamiske risikofaktorer har som kjent et endringspotensiale. Det betyr at etter hvert som individet kommer tilbake til samfunnet, vil disse faktorene igjen være sårbare for endring. Med lengre oppfølging, kan man studere langtidseffekten av behandling, og effekten av tilbakefallsforebyggende komponenter.

Videre vil det være verdifullt å gjennomføre studier på KAT med et større utvalg og med en kontrollgruppe. Rekruttering av et større antall deltakere vil øke styrken til studien, og resultatene kan i større grad si noe generelt om KAT. Dersom fremtidige studier randomiserer utvalget til en behandlingsgruppe og en kontrollgruppe, vil man med økt sikkerhet kunne vurdere om endringer hovedsakelig er et resultat av behandling. Som argumentert av Seto og kollegaer (2008), vurderes det også her, som mest hensiktsmessig å strebe etter empiriske forskningsmetoder. Dette vil kanskje i likhet med utviklingen av andre evidensbaserte behandlingsmetoder, også kunne lede dette feltet inn i evidensbasert praksis. En slik praksis vil sannsynligvis gagne både samfunnet og individene som er dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige. Hvordan dette kan løses på best mulig måte bør utforskes videre, men som vist med studien av Marques og kollegaer (2005) er det oppnåelig.

### **Implikasjoner for klinisk praksis**

Basert på resultatene fra de inkluderte studiene, kan det fremstå som at KAT fører til endringer i noen av de identifiserte dynamiske risikofaktorene. De tydeligste endringene etter behandling, ble observert innenfor det kognitive domene. Mer spesifikt i holdninger til lovbrudd og tankefeller relatert til seksuelle overgrep mot barn. Kognitive teknikker rettet mot avvikende kognisjon, fremstår derfor som en viktig komponent i behandling som bør videreføres.

Komponenter inkludert i behandlingsprogram rettet mot interpersonlige ferdigheter, førte til reduksjon i den identifiserte dynamiske risikofaktoren, intimitetsvansker.

Behandlingskomponenter rettet mot slike vansker, kan sådan fremstå som effektive, og vil derfor være viktige for videre program.

Behandlingseffekt innenfor det emosjonelle domenet, var flere, men de færreste kunne direkte relateres til dynamiske risikofaktorer. Dette indikerer at denne typen behandling førte til positive endringer i de psykologiske fenomenene som ble målt. Effekten KAT har på dynamiske risikofaktorer, kan derimot ikke fastslås.

Intervensjoner rettet mot empati ser ikke ut til å ha ønsket effekt på seksualforbrytere. Dette skyldes antakelig at deltakerne ikke hadde redusert generell empati i utgangspunktet (Brown, Harkins, & Beech, 2012). Likevel fortsetter klinikere og programutviklere å inkludere komponenter for å øke empati. Betyr dette at intervensjoner rettet mot empati bør ekskluderes? I samsvar med prinsipper fra RNR-modellen, skal det ikke inkluderes intervensjoner i behandlingsprogram, rettet mot ikke-eksisterende behov. Samtidig har seksualforbrytere selv vurdert at empatikomponenten i behandlingsprogram er nyttig og innvirkende (Brown, Harkins, & Beech, 2012). Redusert empati som følge av inklusjonen, virker kanskje usannsynlig. Likevel ble dette identifisert i en av de gjennomgåtte studiene (Jung & Guayets, 2011). Det er vanskelig å vurdere om fremtidig praksis bør unngå intervensjoner rettet mot empati. Dersom det skal fortsette å være en del av behandlingsprogram, bør fokuset være på offer-spesifikk empati, ikke generell empati.

Fem av studiene hadde inkludert behandlingskomponenter rettet mot avvikende seksuelle interesser, og kun tre målte effekten av dette. Det fremstår problematisk å ignorere målinger av dynamiske risikofaktorer innenfor dette domenet, da dette har blitt knyttet til økt sannsynlighet for residivisme (Heffernan & Ward, 2015). Samtidig må det nevnes at de færreste dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige, vurderes å ha avvikende seksuelle interesser (parafilier) (Schmidt, Mokros og Banse, 2013). Dette kan indikerer at seksuelle dynamiske risikofaktorer,

bør vurderes før oppstart av behandling. Da kan en bedre tilpasse behandling til deltakerne, i samsvar med prinsipper fra RNR-modellen (Andrews & Bonta, 1998).

I senere år har det blitt økt fokus på ikke bare risikofaktorer, men også beskyttende faktorer som antas å redusere sannsynligheten for nye seksuallovbrudd. Flere steder har en begynt å bevege seg vekk fra en RNR-modell og over til en mer positiv tilnærmet modell. Denne kalles Good Lives Model (GLM) (Ward & Stuart, 2003). Kort oppsummert er dette en tilnærming som baserer seg på styrker, der en søker å tilføye evner hos forbrytere som sikrer at individ oppnår primære menneskelige goder på sosialt aksepterte og personlige meningsfulle måter. Modellen har vist gode resultater (Loney & Harkins, 2018; Willis & Ward, 2013) og er kanskje starten på en mer helhetlig behandling for seksualforbrytere, med fokus på å redusere dynamiske risikofaktorer og samtidig øke beskyttende faktorer.

### **Begrensninger ved litteraturgjennomgang**

Da det er begrenset med forskning på behandling av seksualforbrytere dømt for lovbrudd mot mindreårige, ble det utfordrende å identifisere artikler som belyste problemstillingen. Samtidig finnes det flere begrensninger med det elektroniske litteratursøket. Det er for eksempel mulig at søkeordene inkludert, førte til en alt for begrenset søkestreng, slik at viktige artikler ikke ble fanget opp. En søkestreng med kun 2 kombinasjoner av klustere med ord, hadde ført til langt flere artikler. Grunnet begrenset tid var ikke dette en mulighet. Det kan i tillegg ha vært slik at søkeordene benyttet for mål av endringsutfall, ikke i tilstrekkelig grad ble utformet slik at studier med endring i dynamiske risikofaktorer ble fanget opp. Det ble tidlig i utformingen av de 3 klusterne forsøkt å søke med ordet dynamiske risikofaktorer som kluster 3. Dette førte til langt færre artikler og fåtallet av disse inkluderte målinger relatert behandlingsutfall. Det ble derfor vurdert som mest hensiktsmessig å legge til flere synonymer for dette ordet, i klusteret. Ulike betegnelser og forståelser av begrepet dynamiske risikofaktorer, kommer også frem i artikkelen

til Heffernan og Ward (2015). Dette kan ha ledet til inklusjonen av studier som ikke i tilstrekkelig grad, har benyttet spesifikke måleinstrumenter for dynamiske risikofaktorer. En siste begrensning med det elektroniske søket, var det korte tidsrommet søket ble gjennomført innenfor. Det kan siden ha blitt publisert nye relevante artikler med motstridende resultater.

Ved fremtidige søk, kan det i tillegg være hensiktsmessig å revurdere inklusjonskriteriet

6. Manglende separate resultater for individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige, førte til eksklusjonen av et høyt antall artikler. Som tidligere nevnt, har man funnet forskjeller i dynamiske risikofaktorer for ulike seksualforbrytere. Likevel kunne inklusjonen av artiklene som ikke tok høyde for dette, potensielt økt funn av mer empiriske forskningsartikler. Med mer solide resultater, ville i større grad kunne styrket evidens for KAT som en effektiv behandlingsmetode for seksualforbrytere.

### **Konklusjon**

Basert på de ni studiene identifisert gjennom litteratursøket, er det vanskelig å konkludere med at KAT reduserer dynamiske risikofaktorer, hos individer dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige. Lite validerte måleinstrumenter, manglende kontrollgruppe, og få deltakere, kompliserer tolkningen av de positive endringene som ble observert i studiene. Resultatene antyder likevel at KAT kan skape endringer i noen dynamiske risikofaktorer, og fremstår fortsatt som en lovende behandlingsmetode. Fremtidig forskning bør streber etter mer empiriske forskningsmetoder, med mer objektive måleinstrumenter som i større grad er knyttet til identifiserte dynamiske risikofaktorer. Det anbefales i tillegg at nye behandlingsprogram, i større grad bør være rettet mot disse faktorene, slik at behandlingen blir nyttig for deltakerne og samfunnet.

## Referanser

- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camps, N., Becker, J. V. & Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of sex research*, 2(2), 135-152. <https://doi.org/10.1007/BF00851319>
- Allan, M., Grace, R. C., Rutherford, B. & Hudson, S. M. (2007). Psychometric Assessment of Dynamic Risk Factors for Child Molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19(4), 347-367. <https://doi.org/10.1177/107906320701900402>
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Pub. Co.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers. (2014). *Association for the treatment of sexual abusers: Practice standards and guidelines for evaluation, treatment, and management of adult male sexual abusers*. Beaverton, OR: Author.
- Bartels, R. M., Lehmann, R. J. B. & Thornton, D. (2019). Validating the Utility of the Wilson Sex Fantasy Questionnaire With Men Who Have Sexually Offended Against Children. *Frontiers in psychiatry*, 10, 206-206. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00206>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Baumgartner, J. V., Scalora, M. J. & Huss, M. T. (2002). Assessment of the Wilson Sex Fantasy Questionnaire Among Child Molesters and Nonsexual Forensic Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(1), 19-30. <https://doi.org/10.1177/107906320201400102>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II* (bd. 67). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring

- depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beckett, R. C. (1987). *The Children and Sex Questionnaire*. Oxford, UK: Littlemore Health Centre.
- Beckett, R. C., Beech, A. R., Fisher, D. & Fordham, S. A. (1994). *Community based treatment for sex offenders: An evaluation of seven treatment programmes*. London: Home Office Publications Unit.
- Beckett, R. C. & Fisher, D. (1994, November). *Assessing victim empathy: A new measure*. Innlegg presentert ved 13th Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Francisco.
- Beech, A. R. & Ford, H. (2006). The relationship between risk, deviance, treatment outcome and sexual reconviction in a sample of child sexual abusers completing residential treatment for their offending. *Psychology, Crime & Law*, 12(6), 685-701.  
<https://doi.org/10.1080/10683160600558493>
- Beech, A. R. (1998). A Psychometric Typology of Child Abusers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42(4), 319-339.  
<https://doi.org/10.1177/0306624x9804200405>
- Beech, A. R., Fisher, D. D. & Thornton, D. (2003). Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 339-352. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.339>
- Beggs, S. M. & Grace, R. C. (2011). Treatment Gain for Sexual Offenders Against Children Predicts Reduced Recidivism: A Comparative Validity Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 182-192. <https://doi.org/10.1037/a0022900>
- Bickley, J. A. & Beech, A. R. (2003). Implications for Treatment of Sexual Offenders of the Ward and Hudson Model of Relapse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 121-134.  
<https://doi.org/10.1023/A:1022342032083>

- Bonta, J. & Hanson, R. K. (1994). *Gauging the risk for violence: Measurement, impact and strategies for change*. Ottawa: Solicitor General Canada, Ministry Secretariat.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Hogrefe, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Brown, S., Harkins, L. & Beech, A. R. (2012). General and Victim-Specific Empathy: Associations With Actuarial Risk, Treatment Outcome, and Sexual Recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(5), 411-430. <https://doi.org/10.1177/1079063211423944>
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the Cognitive Distortions of Child Molesters and Rapists: Development and Validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 37-54. <https://doi.org/10.1177/107906329600800105>
- Burmeister, E. & Aitken, L. M. (2012). Sample size: How many is enough? *Australian Critical Care*, 25(4), 271-274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.07.002>
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of personality and social psychology*, 38(2), 217-230. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.2.217>
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 990. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.990>
- Cortoni, F. & Marshall, W. L. (2001). Sex As a Coping Strategy and Its Relationship to Juvenile Sexual History and Intimacy in Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(1), 27-43. <https://doi.org/10.1177/107906320101300104>
- Craig, A. R., Franklin, J. A. & Andrews, G. (1984). A scale to measure locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 57(2), 173-180. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1984.tb01597.x>
- Craig, L. A., Browne, K. D. & Stringer, I. (2003). Treatment and sexual offence recidivism. *Trauma*,

- Violence, & Abuse*, 4(1), 70-89. <https://doi.org/10.1177/1524838002238946>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-126.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Delisi, M., Hochstetler, A. & Murphy, D. (2003). Self-control behind bars: A validation study of the Grasmick et al. scale. *Justice Quarterly*, 20, 241-263.  
<https://doi.org/10.1080/07418820300095521>
- Deming, A. & Jennings, J. L. (2020). The Absence of Evidence-Based Practices (EBPs) in the Treatment of Sexual Abusers: Recommendations for Moving Toward the Use of a True EBP Model. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 32(6), 679-705.  
<https://doi.org/10.1177/1079063219843897>
- Derogatis, L. R. & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. I M. E. Maruish (Red.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (bd. 3, s. 1-41). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Descutner, C. J. & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 218-225.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.2.218>
- Dougher, M. J. (1995). Behavioral techniques to alter sexual arousal. I *The sex offender: Corrections, treatment and legal practice*. Kingston, NJ, US: Civic Research Institute.
- English, K., Jones, L., Pasini-Hill, D., Patrick, D. & Cooley-Towell, S. (2000). *The Value of Polygraph Testing in Sex Offender Management*. Denver, CO: Forskningsrapport sendt inn til National Institute of Justice. Hentet fra  
<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/199673.pdf?wvsessionid=wv1233d56d88ac4fe1b7064>



[1e7281b9d58](#)

- Epperson, D., Kaul, J. & Hesselton, D. (1998). Final report on the development of the Minnesota sex offender screening tool-revised (MnSOST-R). *17th annual conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers* (s. 14-17).
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar: FPI ; revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1* Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M. & Schumacher, J. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ): Handanweisung, Fragebogen, Auswertungsbogen* Hogrefe-Verlag.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S. & O'Sullivan, C. (1999). The Child Molester Empathy Measure: Description and Examination of Its Reliability and Validity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11(1), 17-31. <https://doi.org/10.1023/A:1021376711828>
- Finch, A., Spirito, A., Kendall, P. & Mikulka, P. (1981). Multidimensionality of the Nowicki-Strickland Locus of Control Scale for Adults. *Journal of personality assessment*, 45(2), 151-154. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4502\\_8](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4502_8)
- Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550-561. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(75\)80013-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80013-X)
- Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik Jr, R. J. & Arneklev, B. J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of research in crime and delinquency*, 30(1), 5-29. <https://doi.org/10.1177/0022427893030001002>
- Hall, G. C. N. (1996). *Theory-Based Assessment, Treatment, and Prevention of Sexual Aggression*. US: US: Oxford University Press.
- Hanson, R. K. (1997). How to Know What Works with Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(2), 129-145. <https://doi.org/10.1177/107906329700900205>
- Hanson, R. K. (1998). What do we know about sex offender risk assessment? *Psychology, Public Policy*,

- and Law*, 4(1-2), 50-72. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.4.1-2.50>
- Hanson, R. K. (2008). Stability and Change: Dynamic Risk Factors for Sexual Offenders, 17-31. <https://doi.org/10.1002/9780470713457.ch2>
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal justice and behavior*, 36(9), 865-891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Hanson, R. K. & Bussiere, M. T. (1996). *Predictors of sexual offender recidivism: A meta-analysis* (bd. 4) Solicitor General Canada, Ministry Secretariat.
- Hanson, R. K., Gizzarelli, R. & Scott, H. (1994). The Attitudes of Incest Offenders: Sexual Entitlement and Acceptance of Sex with Children. *Criminal justice and behavior*, 21(2), 187-202. <https://doi.org/10.1177/0093854894021002001>
- Hanson, R. K., Harris, A. J., Scott, T.-L. & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Brukerrapport 2007-05). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. Hentet fra <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/ssssng-rsk-sxl-ffndrs/index-eng.aspx>
- Hanson, R. K. & Harris, A. J. R. (2000). Where Should We Intervene?: Dynamic Predictors of Sexual Offense Recidivism. *Criminal justice and behavior*, 27(1), 6-35. <https://doi.org/10.1177/0093854800027001002>
- Hanson, R. K. & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders* (Brukerrapport 99-02). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada. .
- Hanson, R. K. & Yates, P. M. (2013). Psychological Treatment of Sex Offenders. *Current Psychiatry Reports*, 15(3), 348. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0348-x>
- Harkins, L. & Beech, A. R. (2007). Measurement of the effectiveness of sex offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.002>

- Heffernan, R. & Ward, T. (2015). The conceptualization of dynamic risk factors in child sex offenders: An agency model. *Aggression and Violent Behavior, 24*, 250-260.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.07.001>
- Heimberg, R. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *The Journal of clinical psychiatry, 62*, 36-42.
- Hofmann, S. G. (2011). *An Introduction to Modern CBT : Psychological Solutions to Mental Health Problems*. Hoboken: Wiley.
- Holthe, M. E. G., Hauge, M.-I. & Myhre, M. C. (2016). *Seksuelle overgrep mot barn og unge med innvandrerbakgrunn : en undersøkelse av forekomst og erfaringer i hjelpeinstansene* (bd. 1/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hudson, S. M., Wales, D. S., Bakker, L. & Ward, T. (2002). Dynamic Risk Factors: The Kia Marama Evaluation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14*(2), 103-119.  
<https://doi.org/10.1023/A:1014616113997>
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*(4), 336-352.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80002-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80002-7)
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Jung, S. & Gulayets, M. (2011). Using clinical variables to evaluate treatment effectiveness in programmes for sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression, 17*(2), 166-180.  
<https://doi.org/10.1080/13552601003802238>
- Kazdin, A. E. (2003). *Methodological issues & strategies in clinical research* (3. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.

- Keltner, A. A., Marshall, P. & Marshall, W. L. (1981). The description of assertiveness in a prison population. I(s. 41-47): Martin Psychiatric Research Foundation.
- Knight, R. A. & Thornton, D. (2007). Evaluating and improving risk assessment schemes for sexual recidivism: A long-term follow-up of convicted sexual offenders. I(s. 155). Waltham, MA.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., Arenovich, T., Mcnamee, J., Peacock, E. J., ... Marcon, H. (2008). Denial and Minimization Among Sexual Offenders: Posttreatment Presentation and Association With Sexual Recidivism. *Criminal justice and behavior*, 35(1), 69-98.  
<https://doi.org/10.1177/0093854807309287>
- Laws, D. R. & Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 1. Early developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 75-92. <https://doi.org/10.1177/107906320301500201>
- Lawson, J. S., Marshall, W. L. & McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 39(4), 803-811. <https://doi.org/10.1177/001316447903900413>
- Leibetseder, M., Laireiter, A.-R., Riepler, A. & Köller, T. (2001). E-Skala: Fragebogen zur Erfassung von Empathie - Beschreibung und psychometrische Eigenschaften. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22(1), 70-85. <https://doi.org/10.1024//0170-1789.22.1.70>
- Lindsay, W. R., Ward, T., Morgan, T. & Wilson, I. (2007). Self-regulation of sex offending, future pathways and the Good Lives Model: Applications and problems. *Journal of Sexual Aggression*, 13(1), 37-50. <https://doi.org/10.1080/13552600701365613>
- Loney, D. M. & Harkins, L. (2018). Examining the good lives model and antisocial behaviour. *Psychology, Crime & Law*, 24(1), 38-51. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2017.1371304>
- Ly, T., Fedoroff, J. P. & Briken, P. (2020). A narrative review of research on clinical responses to the problem of sexual offenses in the last decade. *Behavioral sciences & the law*, 38(2), 117-134.  
<https://doi.org/10.1002/bsl.2448>

- Mandeville-Norden, R., Beech, A. R. & Hayes, E. (2008). Examining the effectiveness of a UK community-based sexual offender treatment programme for child abusers. *Psychology, Crime & Law*, 14(6), 493-512. <https://doi.org/10.1080/10683160801948907>
- Mann, R. E., Hanson, K. R. & Thornton, D. (2010). Assessing Risk for Sexual Recidivism: Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 191-217. <https://doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Marques, J. K. & Nelson, C. (1992). The relapse prevention model: Can it work with sex offenders? I *Aggression and violence throughout the life span*. (s. 222-243). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- 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/10.1177/107906320501700108>
- Marshall, W. L., Anderson, D. & Fernandez, Y. M. (1999). *Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R. & Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 15(2), 99-113. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00002-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00002-7)
- Marshall, W. L. & Laws, D. R. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offender treatment: Part 2. The modern era. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 93-120. <https://doi.org/10.1177/107906320301500202>
- Marshall, W. L. & Marshall, L. E. (2007). The Utility of the Random Controlled Trial for Evaluating Sexual Offender Treatment: The Gold Standard or an Inappropriate Strategy? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19(2), 175-191. <https://doi.org/10.1177/107906320701900207>

- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Sachdev, S. & Kruger, R.-L. (2003). Distorted Attitudes and Perceptions, and Their Relationship With Self-Esteem and Coping in Child Molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(3), 171-181.  
<https://doi.org/10.1177/107906320301500302>
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A. & O'Brien, M. D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15(2-3), 217-234. <https://doi.org/10.1080/10683160802190947>
- McPhail, I. V., Hermann, C. A., Fernane, S., Fernandez, Y. M., Nunes, K. L. & Cantor, J. M. (2019). Validity in Phallometric Testing for Sexual Interests in Children: A Meta-Analytic Review. *Assessment*, 26(3), 535-551. <https://doi.org/10.1177/1073191117706139>
- Mews, A., Di Bella, L. & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme*. London, England: Ministry of Justice Analytical Series. Hentet fra [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/623876/sotp-report-web-.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/623876/sotp-report-web-.pdf)
- Miller, R. S. & Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of personality assessment*, 46(5), 514-518. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4605\\_12](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4605_12)
- Milner, R. J. & Webster, S. D. (2005). Identifying Schemas in Child Molesters, Rapists, and Violent Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(4), 425-439.  
<https://doi.org/10.1177/107906320501700406>
- Miner, M. H., Marques, J. K., Day, D. M. & Nelson, C. (1990). Impact of relapse prevention in treating sex offenders: Preliminary findings. *Annals of sex research*, 3(2), 165-185.  
<https://doi.org/10.1007/BF00850869>
- Moster, A., Wnuk, D. W. & Jeglic, E. L. (2008). Cognitive Behavioral Therapy Interventions With Sex Offenders. *Journal of Correctional Health Care*, 14(2), 109-121.

<https://doi.org/10.1177/1078345807313874>

Neutze, J., Seto, M. C., Schaefer, G. A., Mundt, I. A. & Beier, K. M. (2011). Predictors of Child Pornography Offenses and Child Sexual Abuse in a Community Sample of Pedophiles and Hebephiles. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(2), 212-242.

<https://doi.org/10.1177/1079063210382043>

Nowicki, S. (1976). *Adult Nowicki-Strickland Internal-External Locus of Control Scale: Test manual* S. Nowicki Jr, Department of Psychology, Emory University, Atlanta GA 30322, USA.

Nowicki, S. & Duke, M. P. (1983). The Nowicki-Strickland life span locus of control scales: Construct validity. *Developments and Social Problems*, 2, 9-51. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-443202-4.50006-4>

Nunes, K. L., Babchishin, K. M. & Cortoni, F. (2011). Measuring Treatment Change in Sex Offenders: Clinical and Statistical Significance. *Criminal justice and behavior*, 38(2), 157-173.

<https://doi.org/10.1177/0093854810391054>

O'Donohue, W. & Letourneau, E. (1992). The psychometric properties of the penile tumescence assessment of child molesters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14(2), 123-174. <https://doi.org/10.1007/BF00965172>

Ortmann, R. (1987). *Resozialisierung im Strafvollzug: Theoretischer Bezugsrahmen und empirische Ergebnisse einer Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen*. Breisgau, Freiburg: Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht.

Peacock, E. J. (2000). Measuring readiness for sex offender treatment. *Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*.

Pithers, W. D. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 565-570.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90146-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90146-5)

- Polaschek, D. L. L., Day, A. & Hollin, C. R. (2019). *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology*. Newark, UK: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk* (2. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/11367-000>
- Quinsey, V. L., Khanna, A. & Malcolm, P. B. (1998). A Retrospective Evaluation of the Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(5), 621-644. <https://doi.org/10.1177/088626098013005005>
- Robertiello, G. & Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior*, 12(5), 508-518. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2007.02.010>
- Rosen, R. C. & Keefe, F. J. (1978). The measurement of human penile tumescence. *Psychophysiology*, 15(4), 366-376. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1978.tb01393.x>
- Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472-480.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Schmidt, A. F., Mokros, A. & Banse, R. (2013). Is pedophilic sexual preference continuous? A taxometric analysis based on direct and indirect measures. *Psychological Assessment*, 25(4), 1146-1153. <https://doi.org/10.1037/a0033326>
- Seto, M. C., Marques, J. K., Harris, G. T., Chaffin, M., Lalumière, M. L., Miner, M. H., ... Quinsey, V. L. (2008). Good Science and Progress in Sex Offender Treatment Are Intertwined: A Response to Marshall and Marshall (2007). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(3), 247-255. <https://doi.org/10.1177/1079063208317733>
- Sigre-Leirós, V., Carvalho, J. & Nobre, P. (2015). Cognitive schemas and sexual offending: Differences between rapists, pedophilic and nonpedophilic child molesters, and nonsexual offenders. *Child*



*Abuse & Neglect*, 40, 81-92. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.003>

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait inventory STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.

Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Stevens, C. D. J., Tan, L. & Grace, R. C. (2016). Socially desirable responding and psychometric assessment of dynamic risk in sexual offenders against children. *Psychology, Crime & Law*, 22(5), 420-434. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1120868>

Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25-52. <https://doi.org/10.2307/1166137>

Thornton, D. (2002). Constructing and Testing a Framework for Dynamic Risk Assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 139-153.  
<https://doi.org/10.1023/A:1014620214905>

Thornton, D. (2013). Implications of our developing understanding of risk and protective factors in the treatment of adult male sexual offenders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 62-65. <https://doi.org/10.1037/h0100985>

Wakeling, H. C., Beech, A. R., Szumski, F. & Freemantle, N. (2015). Problems in the Measurement of Dynamic Risk Factors in Sexual Offenders. *Psychology, Crime & Law*, 22, 1-34.  
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1109095>

Wälte, D., Ludwig-Becker, F., Brandenburg, U., Saß, H., Petzold, E. & Kröger, F. (2000). Veränderung der kognitiven Selbstregulation bei psychosomatischen Patienten im Verlauf stationärer Psychotherapie - Eine kontrollierte Studie. I M. Bassler (Red.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie-Pro und Contra*. (s. 335-362). Psychosozial-Verlag.

Ward, T. & Beech, A. R. (2015). Dynamic risk factors: A theoretical dead-end? *Psychology, Crime &*

- Law*, 21(2), 100-113. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2014.917854>
- Ward, T. & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 77-94. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.06.001>
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L. & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 479-507. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)81034-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)81034-3)
- 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>
- Webster, S. D., Mann, R. E., Thornton, D. & Wakeling, H. C. (2007). Further validation of the short self-esteem scale with sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 12(2), 207-216. <https://doi.org/10.1348/135532506X114347>
- Wild, T. S. N., Müller, I., Fromberger, P., Jordan, K., Klein, L. & Müller, J. L. (2020). Prevention of Sexual Child Abuse: Preliminary Results From an Outpatient Therapy Program. *Frontiers in psychiatry*, 11, 88-88. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00088>
- Willis, G. M. & Ward, T. (2013). The Good Lives Model. I A. L. Craig, L. Dixon & T. A. Gannon (Red.), *What Works in Offender Rehabilitation* (s. 305-317). <https://doi.org/10.1002/9781118320655.ch17>
- Wilson, G. D. (1978). *The secrets of sexual fantasy* London: Dent.
- Wilson, R. J. (1999). Emotional Congruence in Sexual Offenders Against Children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11(1), 33-47. <https://doi.org/10.1177/107906329901100104>
- Woessner, G. & Schwedler, A. (2014). Correctional Treatment of Sexual and Violent Offenders:

- Therapeutic Change, Prison Climate, and Recidivism. *Criminal justice and behavior*, 41(7), 862-879. <https://doi.org/10.1177/0093854813520544>
- World Health Organization. (2020). F65.4 Pedofili. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613630>
- Zuckerman, M. (1971). Physiological measures of sexual arousal in the human. *Psychological Bulletin*, 75(5), 297-329. <https://doi.org/10.1037/h0030923>

## Vedlegg

Tabell 1

*Dynamiske risikofaktorer*

Kognitive	Emosjonelle	Interpersonlige	Seksuelle
Å identifisere og løse problemer	Vansker med risikofylt/ impulsiv atferd	Komfortable rundt barn	Promiskuitet
Rigid tenkning	Rusmisbruk	Vansker med intimitet med voksne	Overdreven bruk av pornografi og onanering
Vansker med å beskrive mål	Sex eller onanering som mestringsmekanisme	Umodne relasjoner	Høy sex driv
Vansker med å predikere negative konsekvenser	Ikke- medgjørlig	Aggresjon	Mister kontroll når seksuelt aktivert

Kognitive	Emosjonelle	Interpersonlige	Seksuelle
Overbevisninger om at seksuell kontakt med barn er greit	Fiendtlig mot kvinner	Ingen langvarige partnere	Ser på overgrepsmateriale
Antakelse om at en selv er ukontrollerbar og har krav på sex	Manglende anger	Ingen nære voksne relasjoner	Parafilier og avvikende seksuelle interesser
Antakelsen om at verden er farlig	Skylder på andre	Barn som venner	Forvrengte seksuelle skript
	Negativ bekymring	Sosial isolasjon	Bredt spekter av tidligere seksuelle forbrytelser

Motstridende ønsker

---

*Merknad.* Oversatt fra «The conceptualization of dynamic risk factors in child sex offenders: An agency model» av Heffernan & Ward, 2015, *Aggression and Violent Behavior*, 24, s. 251.

Tabell 2

*Oversikt over søkeord*

Seksualforbrytere	Kognitiv atferdsterapi	Behandlingsmål
"Child molest*"	CBT	"Dynamic risk*"
"Child sex offender*"	"Cognitive behavi*"	"Criminogenic need*"
Pedophil*	Cognitive	(Cognitive
"sex offen*"	Behavi*	Dynamic
"Sex* offenders"		Mental
		Personal
		Psychological
		Therapeutic)
		(Change
		Development
		Effect
		Growth
		Impact)

*Merknad.* Søkeordene innenfor kategori "Behandlingsmål", ble delt i to grupper vist med (), og alle ord i hver gruppe kombinert med "OR". Deretter ble de to gruppene kombinert med "ADJ 4". Søkeordene innenfor de andre to kategori ble kombinert med "OR". Kategoriene ble deretter samlet kombinert med "AND".

Tabell 3

*Oppsummering av inkluderte studier*

Artikkel	<i>n</i>	Design	Behandling	Oppsett	Dynamiske utfallsmål	Målinger	Resultater
Beech & Ford (2006)	51	Innen-gruppe	Wolvercote program	3 t, 5 dager i uken, over 6-12 mnd.	Selvutfyllende spørreskjema	Før og etter behandling	Signifikant endring i tankefeller, emosjonelle og interpersonlige vansker.
Beggs & Grace (2011)	218	Innen-gruppe	Kia Marama program	3 t, 3 dager i uken, over	Selvutfyllende spørreskjema	Før og etter behandling	Signifikant reduksjon i positive holdninger til lovbrudd og økt sosial tilstrekkelighet.

Artikkel	<i>n</i>	Design	Behandling	Oppsett	Dynamiske utfallsmål	Målinger	Resultater
Bickley & Beech (2003)	59	Innen-gruppe	Wolvercote program	3 t, 5 dager i uken, over 6-12 mnd.	Selvutfyllende spørreskjema	Før og etter behandling	Signifikant reduksjon i tankefeller relatert til seksuallovbrudd og empati for offer, kun for deltakerne som hadde avvikende skårer før behandling.
Jung & Gulayets (2011)	47	Innen-gruppe	RP <sup>b</sup>	2 timer, 1 gang i uken, over 20 uker	Selvutfyllende spørreskjema	Før og etter fullført behandling	Signifikant bedring i kontrollplassering og økt aksept av ansvar for eget lovbrudd.



Artikkel	<i>n</i>	Design	Behandling	Oppsett	Dynamiske utfallsmål	Målinger	Resultater
Mandeville- Norden, Beech, & Hayes (2008)	341	Innen-gruppe	C-SOGP, TV- SOGP, N-SOGP	290 timer/ 160 timer/ 180 timer	Selvutfyllende spørreskjema	Før og etter behandling.	Mellom en halv og to tredjedeler av utvalget skåret innenfor cut-off på hver måling, etter behandling. Andelen av utvalget som viste signifikant endring var liten.
Miner, Marques, & Nelson (1990)	98 (81)	Mellom-gruppe <sup>a</sup>	RP <sup>b</sup>	20- 25 timer per uke, over ca. 2 år.	Selvutfyllende spørreskjema og fallometrisk måling	Før behandling og før løslatelse.	Signifikant bedring i ansvar for egne lovbrudd, reduksjon i tankefeller. Mer passende seksuelle mønstre.

Artikkel	<i>n</i>	Design	Behandling	Oppsett	Dynamiske utfallsmål	Målinger	Resultater
Nunes, Babchishin, & Cortoni (2011)	313	Innen-gruppe	NaSOP, lavintensitet og moderatintensitet	40-48 timer, over 2-3 mnd./ 200- 224 timer, over 4- 5 mnd.	Selvutfyllende spørreskjema	Før og etter behandling	Signifikante endring på gruppenivå av middels størrelse på de fleste målingene. På individnivå viste omtrent en tredjedel av deltakerne signifikant endring.
Wild et al. (2020)	34	Innen-gruppe	Poliklinisk <sup>b</sup>	IA	Selvutfyllende spørreskjema	Før, etter og 1 år etter behandling.	Signifikant endring i holdninger til lovbrudd, velvære, og seksuell selvregulering.

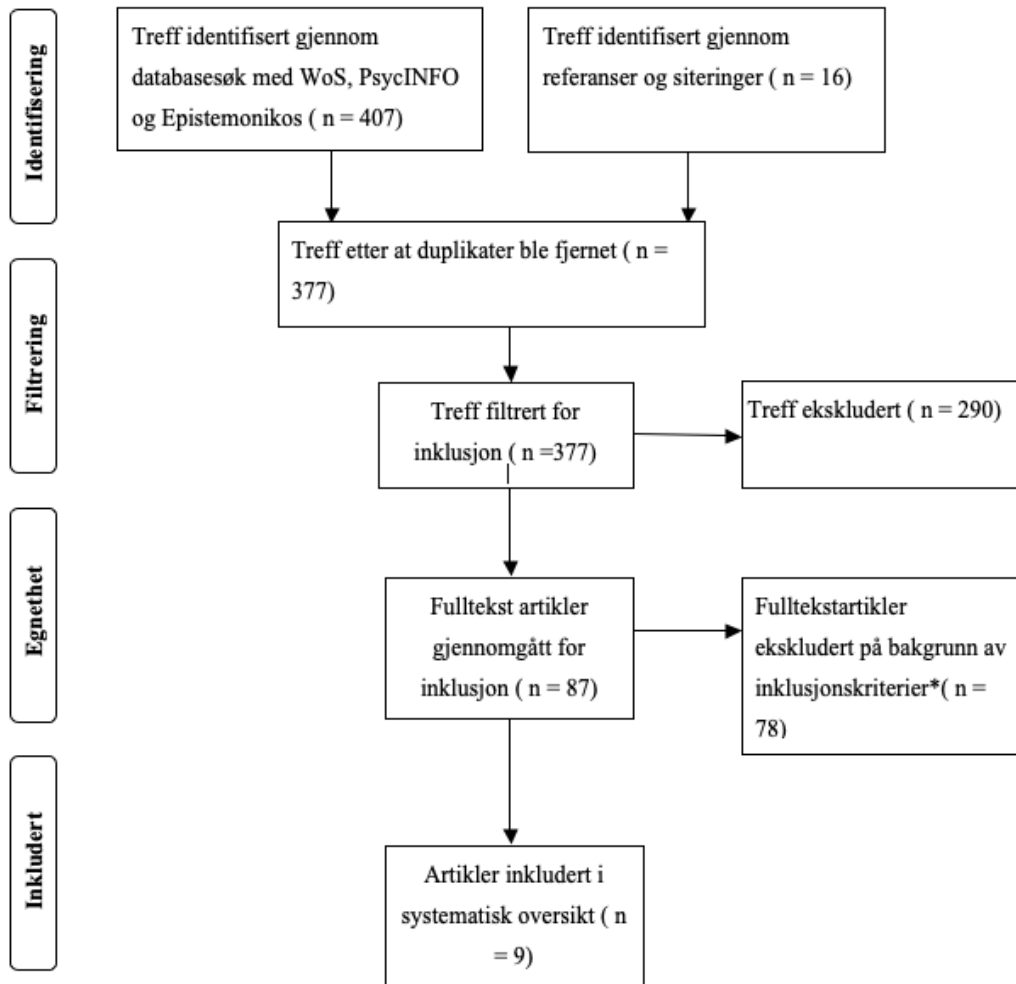
Artikkel	<i>n</i>	Design	Behandling	Oppsett	Dynamiske utfallsmål	Målinger	Resultater
Woessner & Schwedler (2014)	185 (79)	Innen-gruppe	Sosial-terapeutisk <sup>b</sup>	IA	Selvutfyllende spørreskjema	Før behandling og kort tid etter løslatelse.	Signifikant bedring i angst/ nevrotisisme og reduksjon i holdninger relatert til seksuallovbrudd.

*Merknad.* C-SOGP = Community Sex Offender Groupwork Programme. TV-SOGP = Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme. N-SOGP = Northumbria Sex Offender Groupwork Program. NaSOP = National Sex Offender Program. RP = Tilbakefallsforebygging. IA = Ikke angitt.

(x) = Antall deltakere dømt for seksuallovbrudd mot mindreårige. <sup>a</sup> = Eneste studien med kontrollgruppe (n = 48). <sup>b</sup> = Navn på behandling ikke oppgitt.

Figur 1

*Flytdiagram av elektronisk søk*



*Merknad.* PRISMA Group (2009) flytdiagram for artikkelutvelgelse. \*Eksklusjonen av artikler ble gjort på bakgrunn av flere kriterier, og vil derfor ikke listes her.