



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

**OPPFØLGING OG BEHANDLING AV
UTVIKLINGSHEMMEDE ETTER SEKSUELLE OVERGREP.
EN KVALITATIV STUDIE BASERT PÅ LITTERATUR OG
ELITEINTERVJU.**

Wenche Fjeld

Handledare: Lars Plantin

Abstrakt

Bakgrunn for studien er tidligere mangelfull forskning som ikke gir sikre svar om hvilke konsekvenser det kan ha for utviklingshemmede å bli utsatt for seksuelle overgrep, og mangelfull dokumentert behandling om god effekt for å få et godt liv og en god seksualitet etter overgrep (Sobsey, 1994; Kirk Muff, 2001; Petersilia, 2001; Brown, 2003).

Problemstilling er å undersøke om det finnes empiri om behandlingsmetoder og få klarhet i konsekvenser av å bli utsatt for overgrep. **Metoden** er kvalitativ forskning basert på litteraturundersøkelse og eliteintervju. **Resultatene** viser at mennesker med utviklingshemming kan utvikle alvorlige konsekvenser av seksuelle overgrep og mange utvikler post traumatisk stressyndrom (PTSD). Litteraturen vektlegger at overgrepsutsatte kan ha flere diagnoser og kan bli mer medisinerert enn ikke-overgrepsutsatte. Informantene fra eliteintervjuet vektlegger problemer med PTSD og sexologiske faktorer som å forvalte og gjenerobre egen seksualitet. Behandlingsmetodikk som kan ha god effekt, er kognitiv atferdsterapi og psyko-edukasjon innenfor det teoretiske rammeverket av PLISSIT-modellen (Annon, 1976). **Konklusjonen** er at studien er viktig for alle som har tilknytning til utviklingshemmede, og at resultatene har klinisk nytteverdi. Det er ikke dokumentert beste praksis-beskrivelser av behandling og temaet krever ytterligere forskning.

Nøkkelord: Intellektuelle funksjonsnedsettelse, seksuelle overgrep, konsekvenser, oppfølging, behandling.

Follow-up and treatment of people with intellectual disabilities after sexual abuse.

A qualitative study based on literature and elite interviews.

Fjeld, W.

Degree project in master in sexology 30 hp

Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Social Work.

2013.

Abstract

The background of the study is that previous research has not provided answers to acknowledge the consequences it may have for people with intellectual disabilities being subjected to sexual abuse, nor answers regarding treatment after being victims of abuse (Sobsey, 1994; Kirk Muff, 2001; Petersilia, 2001; Brown, 2003). **The issues** are to examine the empirical evidence on treatment and clarify the consequences of being sexually abused. **The method** is qualitative research based on literature survey and elite interviews. **The results** show that people with intellectual disabilities face serious consequences of sexual abuse and can develop post traumatic stress disorder (PTSD). The literature focused on PTSD and that abused people with ID have multiple diagnosis and are more often medicated than non-abused. The informants recruited to elite interviews focused on PTSD and sexological factors such as regaining healthy sexual functioning. Treatment methodology that is found effective is cognitive behavioural therapy and psyko-education in the framework of the PLISSIT-model (Annon, 1976). **The conclusion** is that the study is important for anyone who is related to the handicapped, and the results have clinical value. It is not documented any guidelines for best practice of treatment and the subject requires further research.

Keywords: intellectual disability, sexual abuse, consequence, treatment, best practice.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema	7
1.2	Hensikt og presentasjon av problemstilling	7
1.3	Avgrensning og disposisjon	8
2	TEORETISK REFERANSERAMME	9
2.1	Definisjoner	9
2.1.1	Seksualitet	9
2.1.2	Psykisk utviklingshemming.....	9
2.1.3	Seksuelle overgrep.....	10
2.1.4	Post traumatisk stressyndrom	11
2.1.5	Omfang	12
2.2	PLISSIT som referanseramme for behandling og oppfølging	12
2.2.1	En utvidet PLISSIT-modell.....	13
2.3.1	PLISSIT og etikk.....	15
2.3	Forklaringsmodeller og årsaksforhold	15
2.3.1	Konsekvenser av seksuelle overgrep.....	16
2.3.2	Seksuelle overgrep i et relasjonsperspektiv	16
2.4	Tabuisert tema	18
2.5	Script-teorien	18
2.6	Diskurs og konstruksjonisme	19
2.7	KognitivAtferdsTerapi (KAT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og Mindfulness	20
2.8	Oppsummering	21
3	METODE	22
3.1	Definisjon av metode	22
3.2	Litteraturstudie	22
3.2.1	Litteratursøk 2012 – SUMO-prosjektet.....	23
3.2.2	Litteratursøk 2013	25
3.3	Kvalitative metoder og semistrukturert intervju	27
3.3.1	Eliteintervju	27
3.4	Forskningsetikk	28
4	RESULTATER.....	28
4.1	Litteraturundersøkelsen	28
4.1.1	Konsekvenser av å være utsatt for seksuelle overgrep.....	29
4.1.2	Behandling etter seksuelle overgrep	32

4.2	Resultater av eliteintervju.....	34
4.2.1	Presentasjon av informantene.....	34
4.2.2	Omfang og sårbarhet	35
4.2.3	Holdninger til utviklingshemmede og seksualitet	36
4.2.4	Konsekvenser av overgrep	37
4.2.5	Behandling, oppfølging og ”beste praksis”	39
4.2.6	Oppsummering	41
5	SAMMENFATTENDE ANALYSE OG DISKUSJON	42
5.1	Hva er god behandling etter seksuelle overgrep?.....	42
5.2	Opplæringsprogram.....	44
5.3	Psyko-edukasjon og KognitivAtferdsTerapi (KAT)	45
5.4	Gjenerobring av egen seksualitet	47
6	KONKLUSJON	48
	Referanseliste	49
	Vedlegg I: Brev til informanter.....	58
	Vedlegg II: TABELLER	59
	Resultater fra litteratursøket med forfattere, full tittel, tidsskrift, årstall, metode og resultat..	59
	Referanseliste med informasjon om artikkelen er fra 2012 (SUMO) eller 2013:	63
	Vedlegg III: Litteraturundersøkelsens søkehistorikk	65
	Vedlegg IV: Opplæringsverktøy	69
	Vedlegg V: Liste over tabeller og figurer.....	68

Forord

Forfatteren av denne studien er pedagog/spesialist i sexologisk rådgivning, NACS, og ansatt i en habiliteringstjeneste¹. Forskningsprosjektet speiles av forskerens bakgrunn og kliniske erfaring. Dette studiet har et helsepolitisk perspektiv sett ut fra norske forhold. Som kliniker er det grunnleggende, for å utøve god praksis, at man innehar oppdaterte kunnskaper om effektive og etiske tiltak som man kan tilby pasienten.

I klinisk praksis med mennesker med psykisk utviklingshemming gjennom tre ti-år, er erfaringen at mange har vært utsatt for seksuelle overgrep. En oppsummering av egen pasientliste våren 2012, konkluderte med 30 overgrepssaker. Pasientene var i aldersspennet fra 17 til 38 år. I noen få saker var det domfellelse, og dette var gjerne incest-saker. I slike tilfeller visste miljøet rundt pasienten at det virkelig hadde skjedd overgrep, og behov for tiltak var åpenbart.

Noen saker omhandlet mistanke om seksuelle overgrep, som kanskje hadde skjedd tidligere og hvor atferdsvanskene, samt opplysninger i bakgrunnshistorikken, styrket mistanken om at pasienten hadde vært utsatt for overgrep. Sakene hadde ikke vært anmeldt til politiet tidligere. Barnevernet og BUP (barne- og ungdomspsykiatrien) hadde vært inne i saken som samarbeidspartnere, og det var journalført mistanke om seksuelle overgrep. Ingen hadde allikevel handlet for å bistå den som kunne ha vært utsatt for overgrep. Slike saker stiller store utfordringer til usikre hjelpere. Hva er riktig å gjøre?

Alle personoppsummeringene viste symptomer på senskader og nedsatt livskvalitet. Skadene er beskrevet som typiske for mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep (Kirk Muff, 2001). Symptomer var angst, redsel for å være alene, mistillit til hjelpere, lot seg utnytte av andre, vansker med å sette grenser, atferdsproblemer, vansker med seksualfunksjonen, dårlig hygiene, kontrollbehov, utagerende atferd, utagerende seksuell atferd, prostitusjon, alkoholmisbruk, spisevansker og somatiske vansker som forekomst av epileptiske anfall. Ingen av de omtalte 30 pasientene hadde fått tilbud om oppfølging og behandling etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. For klinikere er slike saker trolig faglig utfordrende, da det ikke foreligger retningslinjer for gode måter å bistå pasientene. Fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten drøfter hvordan man på beste måte kan hjelpe disse menneskene (nfss.no)². Noen hevder at man ikke skal snakke om overgrepssproblematikken før pasienten gjør det selv, mens andre hevder at pasienten skal få bistand umiddelbart etter at overgrepet er avdekket. Dette fører til ulik praksis og usikkerhet.

–Hva skal man gjøre i møte med utviklingshemmede som har vært utsatt for seksuelle overgrep?

Denne studien har som mål å prøve å finne svar på dette spørsmålet.

Det er mange som har bidratt for å gjøre denne studien mulig, og som fortjener stor takk:

Først og fremst familien min, som har latt meg få tid og rom til å studere, arbeidsplassen min,

¹ Habiliteringstjenestene i Norge er organisert under helseforetakene, og målgrupper er mennesker med medfødte, eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Habiliteringstjenestene er på spesialisthelsetjenestenivå.

² NFSS; Nettverk for Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv.

Habiliteringstjenesten/Sykehuset Innlandet v/ Inger Tove Nilsen og Ulv Lassen, kollega psykologspesialist/ sexolog, Peter Zachariassen, kollega Hilde Lunde, HIOA, bibliotekstjenestene ved SI og HIOA, Peder Stokke, som har bidratt med utforming av illustrasjoner, kollegaene som er informanter i studien og mange mennesker med utviklingshemming som har lært meg så mye om overgrep og sårbarhet, men også om styrke og mot. Denne studien er dedikert til dere!

Hamar, 20.05.13

Wenche Fjeld



1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for denne studien er forskerens kliniske erfaringer fra en spesialisthelsetjeneste og som deltaker i SUMO-prosjektet (Sikring av Utviklingshemmede Mot Overgrep) som ble igangsatt i desember 2011. Forfatteren var en av fire prosjektmedarbeidere som ble rekruttert fra ulike helseforetak rundt i landet (Zachariassen, P., Fjeld, W., Kristiansen, H., Mathisen, A., 2013). Prosjektet kom i gang etter en interpellasjon i Stortinget, som ble reist fordi det hadde vært flere nyhetsreportasjer om overgrep mot utviklingshemmede³. Politikerne reagerte kraftig på at mennesker med utviklingshemming ble utsatt for overgrep uten at noen handlet for å bedre sikkerheten rundt dem. Det viste seg at slike hendelser sjelden ble avdekket og anmeldt, fordi de utsatte ikke ble trodd, og fordi tjenesteytere ikke tør å melde fra om sin mistanke til overordnede, pårørende eller politi. Fravær av retningslinjer for håndtering av overgrep var regelen snarere enn unntaket. Det kongelige barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) finansierte SUMO-prosjektet som skulle ”etablere rutiner for forebygging, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming”⁴. Prosjektgruppas datainnsamling og rapport, ble idègrunnet for denne masteroppgaven. Oppgaven fortsetter og følger opp rapporten videre innen områdene *kunnskaper om konsekvenser og behandling etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep*.

Under arbeidet med rapporten ble det flere ganger drøftet hvor lite kompetanse man faktisk har om fenomenet overgrep og hva det betyr for utviklingshemmede å bli utsatt for seksuelle overgrep. Kollegaene hadde noe erfaringer med tematikken, men det rådet stor usikkerhet om hvilke tiltak som kunne føre til at utsatte mennesker kunne få tilbake egenverdet og livskvalitet etter slike livshendelser. Det var nemlig ingen uenighet om at det hadde store konsekvenser å bli utsatt for overgrep. Noen undret også på om det kunne føre til større vansker for utviklingshemmede enn for andre?

SUMO-prosjektet avdekket bare fire artikler som omhandlet oppfølging og behandling av utviklingshemmede etter seksuelle overgrep, og 11 artikler beskrev konsekvenser av å bli utsatt for overgrep. Totalt ble 227 artikler vurdert i prosjektet, så forskning innen disse områdene må tydeligvis ha lite oppmerksomhet i forskningsmiljøene.

Hvorfor er det lite fokus på at det blir begått urett mot utviklingshemmede? Har disse menneskene en så lav status i samfunnet at man ikke bryr seg?

1.2 Hensikt og presentasjon av problemstilling

Diskursen er at det trengs et ”krafttak” for å bedre forholdene for mennesker med utviklingshemming. Alle skal bli sett og hørt. Og alle skal handle ved mistanke om vold, utnyttning, trakassering og seksuelle overgrep, slik at sikkerheten for utviklingshemmede blir ivarettatt. Mennesker med utviklingshemming har rett til seksualitet og seksuelle relasjoner likt alle andre mennsker uten fare for tvang og utnyttning (WHO, 2002;⁵ WAS, 1999;⁶ NOU, 1991; Lieungh, 2001; Helsedir., 2007; BLD, 2010; Bufdir, 2013).

³ http://www.skup.no/Metoderapporter/2010/40-De_visstemen_tiet.pdf

⁴ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/aktuelt/nyheter/2011/nye-tiltak-for-a-bekjempe-og-handtere-o.html?id=634776>

⁵ http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECE5/who_declaration_of_sexual_righ.html

⁶ <http://www.worldsexology.org/sites/default/files/Declaration%20of%20Sexual%20Rights.pdf>

Kunnskap er grunnlaget for endrede holdninger og holdninger generer handling. Det er derfor behov for å se nærmere på om det er ytterligere forskning innen temaet *mennesker med intellektuelle funksjonsnedsettelse og konsekvenser av overgrep*. -Fant litteratursøket forut for SUMO-rapporten fram til all relevant forskning?

Det er viktig å foreta grundige undersøkelser for å finne implikasjoner for ”beste praksis” innen behandling og oppfølging. ”Beste praksis” vil si at retningslinjer skal beskrive anerkjent forskningsbasert kunnskap innen fagfeltet og gi anbefalinger av konkrete metoder som kan anvendes i det kliniske arbeidet. Målet for denne studien kan oppsummeres i følgende problemstillinger:

- Hva sier litteraturen og klinikere om hvilke konsekvenser det har for mennesker med utviklingshemming å bli utsatt for seksuelle overgrep?
- Hva sier litteraturen og klinikere om hva som kan være beste praksis ved oppfølging og behandling av utviklingshemmede etter seksuelle overgrep?

1.3 Avgrensning og disposisjon

Problemstillingene er komplekse, og det er behov for å foreta visse avgrensninger. Metoden som er valgt er en kvalitativ studie basert på en litteraturundersøkelse som grunnlag for et semi-strukturert eliteintervju med fire informanter. Utvalget er rekruttert fra kollegaer i ulike helseforetak, som er å betrakte som nøkkelpersoner med klinisk erfaring. For å analysere resultatene er teori-kapittelet mangefasettert, fordi temaet seksuelle overgrep er det samme. Det vil føre til en svak analyse, hvis studien ikke viser til ulike teoretiske vinklinger ved utforskning av problematikken. PLISSIT-modellen (Annon, J., 1976) vil i utvidet forstand forsøke å ramme inn teoretisk forståelse av konsekvensene av seksuelle overgrep, hvor script-teorien og teori om diskurs og konstruksjonisme forklarer hvordan overgrep kan forekomme.

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er allerede beskrevet i forskning som anvendt metode i behandling av seksuelle problemstillinger i normalbefolkningen (Landmark, B., 2012), og denne studien vil undersøke om KAT også benyttes til utviklingshemmede personer.

På tross av mange ulike elementer i teori-kapittelet, er det flere vesentlige temaer som måtte bli utelatt. Det er blant annet definisjoner av seksuell helse, seksuell sosialisering, seksuell orientering, tilknytningsteori og seksuell utvikling, biologiske aspekter ved seksualitet, seksuell skjev utvikling, sårbarhetsfaktorer og samtykkekompetanse. Alle disse områdene er viktige for å danne et helhetsperspektiv av problematikken, og noen av områdene vil bli nevnt i den sammenfattende analysen.

Definisjoner av utviklingshemming, seksualitet, seksuelle overgrep, post traumatisk stressyndrom og omfang av overgrep finnes i kapittelet om teori. Målgruppen for forskningen, mennesker med utviklingshemming, kan også bli omtalt som *psykisk utviklingshemmede*, *mennesker med funksjonsnedsettelse*, *mennesker med intellektuelle funksjonsnedsettelse* (forkortet til IF), *pasienter* og *klienter*.

Studien foretar ikke sammenligninger med forholdene i andre nordiske land, eller øvrige nasjoner vi kan sammenligne oss med. Det er heller ikke drøftinger om hvilke tidsskrift som har publisert artikler eller fra hvilke nasjoner forskningen har blitt foretatt.

2 TEORETISK REFERANSERAMME

Dette kapittelet presenterer ulike modeller og teorier som kan belyse årsaksforhold til at mennesker med utviklingshemming blir utsatt for overgrep. Modeller presenteres for om mulig å kunne utvikle en beste praksis innen behandling.

Kapittelet inneholder undertemaene; Definisjoner, PLISSIT-modellen, Forklaringsmodeller og årsaksforhold, Sårbarhetsfaktorer, Konsekvenser av seksuelle overgrep, Seksuelle overgrep i et relasjonsperspektiv, Tabuisert tema, Script-teorien, Diskurs og konstruksjonisme, Kognitiv atferdsterapi, ACT og Mindfulness.

Klinisk praksis bærer preg av en eklektisk tilnærming til studiens problemstillinger. Og elementer av alle omtalte teorier, som script-teori, diskurs og konstruksjonisme blir ofte del av innholdet i behandlingen til pasienten der det overordnede teoretiske rammeverket er PLISSIT-modellen.

2.1 Definisjoner

2.1.1 Seksualitet

World Health Organization (WHO) og World Association for Sexual Health (WAS) går ut fra et helhetsperspektiv i definisjonen av seksualitet, hvor både biologiske, psykologiske og sosiale elementer er inkludert (Löfgren-Mårtensson, L., 2013). Seksualitet er:

...en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnleggende behov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker (Almås, E. & Pirelli Benestad, E.E., 2006).

2.1.2 Psykisk utviklingshemming

Den ”internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer”, ICD-10, beskriver kriterier for diagnosen psykisk utviklingshemning (ICD-10, 2011). I nyere litteratur blir utviklingshemming omtalt som ”intellektuelle funksjonsnedsettelse” (Schalock et al., 2007) og populasjonen mennesker med IF utgjør anslagsvis et sted mellom 1 og 3% av befolkningen (Jakobsen, 2007).

Det er ulike grader av utviklingshemning: lett, moderat, alvorlig og dyp. Lett utviklingshemning, for eksempel, innebærer at man har en intelligenskvotient (IQ) på mellom 50 og 69, der snittet for normalpopulasjonen er ca. 100 (Holden, B., 2009; Zachariassen, 2013).

Tabell 1: Denne modellen illustrerer gradene av utviklingshemming som beskrevet i ICD-10:

Intelligens kvotient (IQ)	ICD-10	Sammenlignbar mental alder	Funksjonsnivå
50-69	Lett psykisk utviklingshemming, F70	9-12 år	Evne til å lytte og snakke. Vansker med å forstå enkelte begreper. Kan ha et begrenset ekspressivt språk. Kan vanligvis være i stand til sosial tilpasning og enkle former for yrkesutøvelse som tilsvarer et minimum av selvstendighet.
35-49	Moderat psykisk utviklingshemming, F71	6-9 år	Kan snakke og lære å kommunisere. Vanligvis godt utbytte av å få opplæring i selvhjelp og sosiale ferdigheter. Kan arbeide på vernede arbeidsplasser.
20-34	Alvorlig psykisk utviklingshemming, F72	3-6 år	Forstår enkel kommunikasjon gjennom tegn og mimikk. Begrenset evne til å uttrykke seg selv gjennom språk. Problemer med å klare seg selv, men noen kan oppnå noe selvhjelp.
Under 20	Dyp psykisk utviklingshemming F73	Under 3 år	Kommunikative ferdigheter er sterkt begrenset og må tolkes gjennom lyder og kroppsspråk. Noen har minimal evne til tale. Trenger tilsyn hele døgnet.

Uavhengig av grad av utviklingshemming og eventuelle tilleggshandikapp, vil de fleste som har fått diagnosen og som er over i 18 år, trenge praktisk og psykososial bistand gjennom hele livet. En intellektuell funksjonsnedsettelse (IF) innebærer lærevansker, sosiale vansker, kognitive vansker og forståelsvansker. Menneskene det gjelder møter utfordringer innen evne til refleksjon og innsikt, evne til å foreta vurderinger, evne til problemløsning, forståelse av andre og seg selv, samspill, emosjoner, behov og ønsker (Löfgren-Mårtensson, 2009; Ramsøy-Halle, H., 2010).

2.1.3 Seksuelle overgrep

Den juridiske definisjonen: Denne definisjonen finner man i straffelovens kapittel 19 om seksuallovbrudd. Den seksuelle lavalderen er 16 år i Norge. Dersom personen er under 14 år

er strafferammen skjerpet. I den juridiske definisjonen brukes uttrykk som *seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd, seksuell handling og seksuell omgang*.

Den psykologiske definisjonen: Det er flere grunnleggende elementer som man kan finne i psykologisk, sosialfaglig og sosiologisk faglitteratur. De viktigste elementene som nevnes er:

- En seksuell handling som personen ikke kan forstå eller er moden for
- En seksuell handling som personen ikke har forutsetninger for å kunne samtykke til på likeverdig grunnlag
- Handlingen krenker personens integritet
- Overgriperen utnytter personens avhengighet
- Overgriperen utnytter sin maktposisjon
- Handlingen baserer seg på overgriperens behov
- Aktiviteten bryter med det som er lovlig og sosialt akseptabelt
- Det legges også vekt på bruk av vold, tvang og makt⁷

Seksuelle overgrep mot voksne utviklingshemmede:

*”Seksuelle overgrep omfatter enhver form for fysiske og/eller psykiske **seksuelle handlinger** eller **krenkelser** begått av noen offeret kjenner eller ikke kjenner, og som det ikke er i stand til å samtykke i, for eksempel på bakgrunn av alder, modenhet eller trusler” (Barstad, B., 2006).*

2.1.4 Post traumatisk stressyndrom

ICD-10 (WHO, 2011), beskriver post traumatisk stressyndrom (PTSD) under kategorien *F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjoner på alvorlig belastning*. Lidelsene som er beskrevet under denne kategorien anses *”å oppstå som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste”*. *Predisponerende faktorer (f eks kompulsive eller asteniske personlighetstrekk) eller nevrose i sykehistorien, kan senke terskelen for utvikling av syndromet eller forverring av forløpet, men er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten. Typiske trekk omfatter episoder der traumet blir gjenopplevd gang på gang i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt, med en vedvarende fornemmelse av «nummenhet» og følelsesmessig avflating, distansering fra andre mennesker, ingen respons på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det foreligger vanligvis en tilstand med forhøyet autonom alarmberedskap og vaksomhet, økt skvettenhetsreaksjon og søvnløshet. Angst og depresjon er vanligvis forbundet med ovennevnte symptomer og tegn. Ikke sjelden oppstår selvmordstanker”. Videre beskriver manualen at ”Kategorien skiller seg fra andre ved at den omfatter lidelser som kan identifiseres ikke bare på grunnlag av symptomer og forløp, men også ved tilstedeværelsen av den ene eller andre av to ytre årsaksfaktorer: en usedvanlig belastende livshendelse som fremkaller en akutt belastningsreaksjon, eller en vesentlig forandring i tilværelsen som fører med seg vedvarende ubehagelige forhold som resulterer i en tilpasningsforstyrrelse. Selv om mindre alvorlige psykososiale belastninger («livshendelser») kan utløse eller bidra til utviklingen av en rekke lidelser klassifisert annet sted i dette kapitlet, er den årsaksmessige betydningen av belastningen ikke alltid klar. Betydningen vil i hvert tilfelle være avhengig av individuell,*

⁷ Fra ”Veileder IS 1060. Seksuelle overgrep mot barn”, 2003.

idiosynkratisk sårbarhet”. F70-79 Psykisk utviklingshemming er en kategoriblokk under F 43, som beskrevet i ICD-10.

2.1.5 Omfang

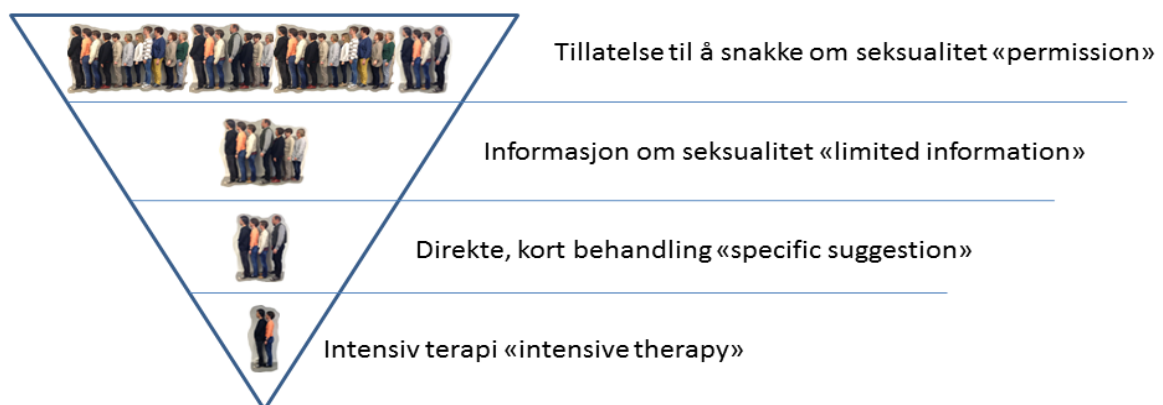
Mennesker med utviklingshemming anslås å være *minst* dobbelt så utsatte for seksuelle overgrep som normalbefolkningen (Mansell, 1992; Sobsey, 1994; Mansell & Sobsey, 2001; Kvam, 2003; Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., Welle, S., Zachariassen, P., 2009). Det er et estimat, og det er mulig at det faktiske tallet kan være høyere. Det er forbundet med store metodologiske og etiske utfordringer å gjennomføre pålitelige studier av forekomsten av seksuelle overgrep blant mennesker med svake kognitive og språklige ferdigheter. Så omfanget av seksuelle overgrep er usikkert, fordi det finnes relativt få studier på dette feltet (Grøvdal, 2013).

2.2 PLISSIT som referanseramme for behandling og oppfølging

Plissit-modellen er en sexologisk rådgivningsmodell som ble utviklet av psykologene Jack Annon og Craig Robinson på 70-tallet. Modellen er basert på prinsippene om vikarierende læring eller sosiale læringsteorier, slik disse er beskrevet av psykolog Albert Bandura. Bandura (1977) har utformet en sosialkognitiv teori som går ut på at ytre atferd, sosiale omgivelser og personers indre kognitive og emosjonelle egenskaper samspiller med hverandre under lærings- og atferdsendingsprosesser. Utgangspunktet til Bandura er at ”alle mennesker lærer ved imitasjon” (Hergenhahn, B.R., 1982). Dette samsvarer godt med teorier om hvordan mennesker med utviklingshemming lærer nye atferder (Holden, 2009).

Observasjonslæring innebærer at en jobber med svært konkrete pedagogiske midler der man på ulike måter, for eksempel ved bruk av filmer og bilder, viser hvilken atferd en ønsker personen skal fremvise (*vicarious learning*). Vikarierende læring er en prosess hvor man forenkler muligheten for endring. Denne metoden viser seg å være effektiv i forhold til problemer vedrørende seksualitet (Annon, J., 1976, Annon, J. & Robinson, C.H., 1976).

Det er vanlig å tegne et bilde av en trakt for å illustrere Plissit-modellen (egen figur, utviklet 2013) :



Figur 1: PLISSIT (traktmodell)

Traktmodellen er for å antyde hvordan pasienter med ulike behov ”siles” gjennom hjelpeapparatet. De bredeste nivåene skal fange opp ”alle”, de smaleste nivåene fanger opp de som har utfordringer som krever en mer spesialisert innsats.

P-LI-SS-IT beskriver fire nivåer: Permission=tillatelse, Limited information=begrenset informasjon, Specific suggestion=spesielle råd og Intensive therapy=direkte seksualterapi.

Tillatelse- nivået ivaretar de fleste pasienter som søker råd innen seksuelle spørsmål. Alle seksuelle problemer må behandles ulikt og undersøkelser om hva problematikken dreier seg om er viktig for å kunne møte pasienten på beste måte. Tillatelse-nivået beskriver det idealistiske målet om at alle brukere av samfunnets ulike hjelpeinstanser skal føle seg trygge på at seksualitet er en naturlig del av konsultasjonen. Temaer er eksempelvis følelser, hygiene, forhold til seg selv og familie, identitet, kjønn, pubertet, menstruasjon, grenser, regler, juridiske forhold, kjæresten og vennskap. Holdningene til rådgivere og helsearbeidere er metaforisk beskrevet som å ha en "P-i-Panna". I det ligger at man skal være årvåken på signaler fra pasienten om det er seksuelle problemstillinger som er ønskelige å få tatt opp. Pasienten skal føle seg ivare tatt og få tilbakemelding om at temaet som tas opp er "normalt" (Annon & Robinson, 1976).

Det neste nivået kalles "begrenset informasjon" (*Limited Information*) og betegner det nivået av sexologisk rådgivning som omhandler generelle spørsmål og problemstillinger angående seksualitet. Rådsøkere på dette nivået vil omhandle mange i populasjonen.

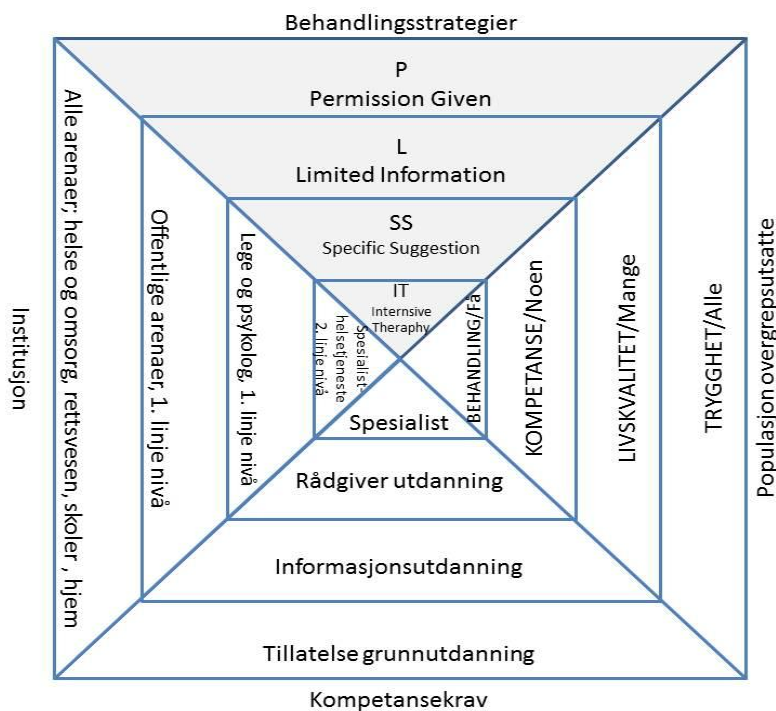
Seksualundervisning i skolen kan være et eksempel på tiltak. Mennesker med utviklingshemming må ha spesielle opplæringsprogram i skolen for å lære akseptabel sosioseksuell atferd. Dette er viktig for å unngå stigmatisering og forebygge overgrep (Barstad, B., 2005; Löfgren-Mårtensson, L., 2009; Fjeld, W., 2009, 2011; Falk, A., Lillebo, M.Z., Solberg, A., Velema, E., 2010). Rådgivere på dette nivået vil ikke nødvendigvis ha noen spesifikk sexologisk kompetanse, men gir råd basert på grunnutdanning, erfaring samt allmenne seksuelle kunnskaper.

Nivået "konkrete råd" (*Specific Suggestions*) innebærer både færre antall mennesker som søker råd og færre klinikere som kan være kvalifiserte rådgivere. Annon og Robinson (1976) sier at før klinikere kan gi spesielle råd til en klient, så må relevant informasjon innhentes. Det kan man gjøre ved innsamling av "seksuell problem historikk". Det er viktig og ikke forveksle dette med "seksuell historie", som benyttes i seksualterapi. Hvis klinikere iverksetter en "seksuell historie", så er de på vei inn i intensiv terapi-nivået. På SS-nivået handler problemstillingene om det individuelle og spesifikke.

Nivået "intensiv behandling" (*Intensive Therapy*) aktualiseres, ifølge Annon og Robinson, der standardprosedyrer ikke fører frem, og en må skreddersy et eget, individuelt opplegg for rådsøkeren (Annon & Robinson, 1976; Almås, 2004; Almås og Benestad, 2006; Lundberg et al, 2010). Dette omfatter klinisk sexologisk praksis på spesialistnivå og omhandler få rådsøkere.

2.2.1 En utvidet PLISSIT-modell

Ved behandling og oppfølging etter seksuelle overgrep mot utviklingshemmede er det mulig å følge retningslinjer etter denne utvidete PLISSIT-modellen av Almås og Hildebrand (2003). Psykologspesialist og sexologisk rådgiver, Peter Zachariassen, fikk ideen til en ytterligere utvidelse av denne modellen i en drøfting om dette forskningsprosjektet. "Ny" modell definerer nivåer av tiltak for å ivareta utviklingshemmede etter overgrep innen områdene Trygghet, Livskvalitet, Kompetanse og Behandling, som er lagt til høyre felt i modellen, kalt "Populasjon overgrepsutsatte":



Figur 2: Utvidet PLISSIT-modell.

Trygghetsnivået:

For noen overgrepsutsatte kan det være nok ”trygghet” at nattvakten parkerer bilen slik at pasienten ser den og vet det er noen der til å passe på. Slike tiltak er elementære og generelle for å oppleve trygghet og vil innbefatte **alle** som har vært utsatt for overgrep. Andre eksempler kan være å bytte låser i dører, sikre vinduer, få nytt (hemmelig) telefon-nummer, og at noen er tilgjengelig for samtale hvis pasienten er redd. Personalet og nærpå personer skal vite om tiltakene og bekrefte for pasienten så ofte det er behov for det, at sikkerhetstiltakene er ivarettatt. Alle vil trenge informasjon om vanlige reaksjoner etter overgrep og lære mer generelt om kroppen og om seg selv, og alle kan bistå og hjelpe til.

Livskvalitet:

På dette nivået er det viktig at rammebetingelsene til pasienten blir revurdert, og at ny kartlegging av bistandsbehov blir foretatt. For en kortere eller lengre periode etter avdekking av overgrep, kan det være behov for økt vedtak på bistand etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (KHOL) §3⁸, med fokus på større personaltetthet rundt pasienten. Dette er tiltak som vil omhandle **mange** som har vært utsatt for overgrep. Nærpå personer skal ha veiledning og informasjon om ”beste praksis” for pasienten, slik at det er mulig å følge opp normale rutiner for hverdagsaktiviteter. Dette involverer at nærpå personer samtaler med pasienten om hendelsen, og registrerer hvordan pasienten har det etter overgrepet. Det er behov for å lære om overgrep og hva det har betydd akkurat for denne pasienten.

Kompetanse

Hvis tiltak innen de to bredeste nivåene i PLISSIT ikke fører til at pasienten rehabiliteres etter overgrepet, er det nødvendig med ytterligere innsats. Dette vil omfatte **noen** mennesker med utviklingshemming. På dette nivået bør fastlegen, psykolog og/eller psykiatrisk sykepleier kontaktes og pasienten kan få tilbud om samtaler og oppfølging. Nærpå personer bør delta i konsultasjonen og samtale med pasienten etterpå, for å sikre at legens (psykolog og/eller

⁸ <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>

psykiatrisk sykepleier) informasjon er forstått. Benytt tegninger, filmer og annet materiell som kan belyse utfordringene pasienten står i.⁹ Det er viktig å systematisk registrere tegn på reaksjoner og traume som pasienten utviser. Fastlegen bør sammen med pasienten og nærpersoner avgjøre om det skal sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Behandling

Hvis pasienten utvikler tegn på traume etter seksuelle overgrep, skal det sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten. Nivået vil omfatte få personer i populasjonen utviklingshemming. Tjenesten kan tilby en tverrfaglig tilnærming til pasientens vansker og gi tilbud om individuell oppfølging. Dette kan bety bistand fra eksempelvis psykolog, lege, fysioterapeut og sexolog som samarbeider om å finne ”beste praksis” for pasienten. Behandlingen vil ta utgangspunkt i empiri og vil gjerne innbefatte kognitive metoder som er tilpasset den enkelte.

Denne modellen er tenkt som et forslag. Ideen er at hvis utviklingshemmede blir møtt på en god måte ved avdekking av overgrep, så vil færre utvikle traumer etter overgrepet, slik klinisk erfaring og informantene dokumenterer i denne studien.

2.3.1 PLISSIT og etikk

I arbeidet med mennesker med intellektuelle funksjonsnedsettelse benyttes ofte PLISSIT-modellen for å veilede personalgrupper. Samarbeidet foregår i team og i fellesskap defineres temaer hos den felles pasienten som ligger innen P og LI-området. Personalet får lære om ulike undervisningsverktøy som de kan benytte i veiledning av klientene (se vedlegg IV). Den kompetansen som ansatte i tjenesten for funksjonshemmede skal ha, tilfredsstillende kravene som beskrevet i PLISSIT-modellen. Tjenesten for funksjonshemmede ansetter vernepleiere, sykepleiere, lærere, førskolelærere og barne- og ungdomsarbeidere, som ofte får felles benevnelse som ”miljøarbeidere”. Hvis kartlegging og anamnese av seksuell problemhistorie viser at klienten har større vansker og trenger mer spesialisert kompetanse, så er det etisk riktig at personalgruppen ber om hjelp fra andre. Slik hjelper modellen oss til å gjøre fagetiske vurderinger. Sosiale læringsteorier hjelper rådgiveren i å finne metoder for å konkretisere læringsmålene til klientene med intellektuelle funksjonsnedsettelse som trenger bistand innen sexologiske temaer. Dette er en god måte å formidle ny læring på og det er viktig, som Annon (1976) presiserer, at den som benytter PLISSIT-modellen har kunnskap om modell-læring.

2.3.2 Forklaringsmodeller og årsaksforhold

Sobsey & Calder (1999) har utviklet en multifaktoriell modell av voldsutøvelse (Petersilia, J.R., 2001; Zachariassen, 2013). Modellen integrerer offerrelaterte, utøverrelaterte, relasjonelle og miljømessige faktorer som en forståelsesramme for overgrep mot utviklingshemmede. Offerrelaterte faktorer kan være direkte konsekvenser av funksjonsnedsettelsen, som at det er vanskelig å gjenkjenne truende situasjoner og at man ikke mestrer å komme seg vekk. Utøverrelaterte faktorer kan være at overgriperen vet hvor sårbare utviklingshemmede er, og utnytter dette til sin fordel. Det er kjent at overgripere søker seg til omsorgsyrker nettopp for å kunne groome¹⁰ seg inn på ofre. Relasjonelle faktorer beskriver avhengighetsforhold som utviklingshemmede får til hjelperne sine. Og

⁹ Se vedlegg 4 med undervisningsmateriell.

¹⁰ Begrep som benyttes for å beskrive mekanismene overgripere benytter for å komme i relasjon til offeret.

miljømessige faktorer kan være at både utviklingshemming og overgrep går i ”arv” fra generasjon til generasjon, og at utviklingshemmede ofte både blir bosatt og arbeider i miljøer som er preget av generell stigmatisering.¹¹

2.3.3 Konsekvenser av seksuelle overgrep

Finkelhor & Browne (1985) har utviklet et rammeverk for en systematisk forståelse av konsekvensene seksuelle overgrep kan ha for et sårbart individ¹². Forfatterne beskriver fire traume-forårsakende faktorer; 1) traumatisk seksualisering, 2) svik, 3) stigmatisering og 4) avmakt. Disse områdene er kjent som kjernen av psykisk skade som mennesker blir påført etter overgrep. Rammeverket kan benyttes for å gjøre vurderinger av individer som er utsatt for overgrep, og for å finne riktige tiltak for å redusere mulighetene for senskader og redusere ytterligere sårbarhet for å oppleve nye traumer. David Finkelhor (PhD, University of New Hampshire)¹³ er kjent for å ha spesiell fokus på forskning av barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, men beskrivelsene er anvendbare for alle grupper, også sårbare voksne. De beskrevne dynamikkene samsvarer med diagnosekriteriene i PTSD.

2.3.4 Seksuelle overgrep i et relasjonsperspektiv

Siri Søftestad (2005) utdyper i boka ”*Seksuelle overgrep – fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft*” forståelsen av psykisk skade etter overgrep sett i kontekst av et relasjonsperspektiv:

Tabell 2: Seksuelle overgrep i et relasjonsperspektiv

Subjekt-objekt-relasjon	Overgriper er overlegen offeret i psykologisk, biologisk og kognitiv forstand. Offer dekker overgriperens behov på bekostning av egne behov. Ikke mulig for offer å velge handlingsalternativer. Mulig konsekvens: Forstyrrelse av identitetsutviklingen.
Maktrelasjon	Overgriper er overlegen offer både fysisk og psykisk. Inntrengning i kroppens hulrom skiller seg fra alle andre typer maktmisbruk ved at offeret opplever total maktesløshet. <ul style="list-style-type: none">- Usynliggjøring: Overgrepet blir ”tåkelagt” grunnet manglende kommunikasjon og øyekontakt.- Almenneligjøring: Seksuell kontakt slik overgriper og offer har det, blir forklart til offer som det normale, samtidig som det skal være

¹¹ Se SUMO-rapporten for videre lesing.

¹² Begrepet ”sårbare individ” benyttes, da det ikke blir beskrivende å benytte termen ”barn”.

¹³ <http://lilt.ilstu.edu/mjreese/psy331/CSA%20articles/Finkelhor%20and%20Browne%201985.pdf>

	<p>hemmelig.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overføring av skyld og ansvar: Offeret er skyld i hendelsen, grunnet offerets væremåte og eventuelle funksjonsnedsettelse; "du fortjener ikke annet". - Kjærlighets definering: Overgriper benytter emosjonelle metoder og gir offeret god seksuell stimuli/orgasme.
<p>Seksuell relasjon</p>	<p>Offeret trekkes inn i seksuelle handlinger som det ikke er modent for og som ikke handler om gjensidig hengivenhet og ivaretagelse. De seksuelle handlingene kan være smertefulle, men kan samtidig være lystbetonte. Ubehag, angst og smerte blandes sammen med lystfølelse. Mulig konsekvens: Seksualisert atferd som er grenseløs og stigmatiserende, skyldfølelse og skam, frustrasjon og forvirring i forhold til egne seksuelle følelser.</p>
<p>Tillitsbrudd</p>	<p>Offeret er utsatt for et svik av en tillitsperson, hvis overgriperen er en offeret kjenner godt. Dess nærmere relasjon, dess større konsekvenser. Overgriperen krenker offerets integritet. Som omsorgsperson kan overgriperen samtidig kreve respekt og åpenhet fra offeret. Sviket kan også innbefatte andre omsorgspersoner som ikke avdekker overgrepene. Dette gir grunnlag for tvil og mistillit til andre mennesker, angst for det uforutsigbare og sorg over tapte relasjoner.</p>
<p>Hemmeligholdelse</p>	<p>Overgriper iscenesetter og vedlikeholder overgrepene. Dette kan skape alvorlige følger for offeret, fordi det medfører brist i realitetsoppfatningen. Offeret mister muligheten til å lage sin egen historie om relasjonen. Relasjonsperspektivet viser hvor vanskelig det er for offeret å avdekke overgrep. Tilknytningen til overgriperen kan være sterk.</p>

Psykolog Tina Haugen (2007) skriver i sin hovedfagsoppgave i psykologi, at det er alvorlig da overgrep skjer i en relasjonell kontekst. Nærpersoner er, per definisjon, tillitspersoner som er der for å bistå utvikling av de "selvregulerende systemene" og gi respons på emosjonelle tilstander hos individet. Erfaringene kodes i hjernen som "skjemaer" (Bowlby, D., 1988 ; Piaget, J., 1969) og hvis skjemaene for tilknytning og forventning blir etablert under trykke rammer, så er voksenpersonen bedre i stand til å takle eksempelvis stress, og til å søke trøst og støtte hos andre hvis det er behov for det. Ofre for overgrep og omsorgssvikt beskriver at

støtte fra enkeltpersoner har bidratt til mulighet for rehabilitering senere i livet (Pipping, L., 2010). Traumer som påføres fra tillitspersoner utløser gjerne frykt for nærhet, og selve tilknytningsskjemaet blir traumatisert (Lundberg, P.O., & Löfgren-Mårtensson, L., 2010).

2.4 Tabuisert tema

Seksualitet er tabu og seksuelle overgrep er enda mer tabu, også i vår utviklede, vestlige del av verden (Søftestad, 2005). Seksualiteten tilhører det intime og dypt personlige. Tabuiseringen opprettholdes av flere forhold. Første og fremst at ryggmargsrefleksen hos den enkelte utløses ved det å skulle få innsikt i andre menneskers intime sfære og instinktivt vil de fleste vegre seg mot slik informasjon. Det oppleves for vondt og ubehagelig å få viten om andre menneskers smerte og traume (Søftestad, 2008). Derfor vegrer vi oss mot kunnskap og vi får mangelfull oversikt over dynamikken i overgrepsrelasjoner. Mistanke om overgrep blir bagatellisert eller forsøkt bortforklart (Søftestad, 2005). Et annet moment er at å få innsikt i andres overgrepshistorikk kan vekke til live minner om egne overgrepserfaringer. Det kan føre til at det blir uutholdelig å stå i relasjon med den overgrepsutsatte på en profesjonell måte, da man selv opplever å bli retraumatisert. Også etter avdekking av overgrep kan holdningen til nærpersoner lett føre til at man ikke snakker om ”det” mer, men legger lokk på hele hendelsen og håper at det hele skal gå seg til i stillhet. Dette blir i litteraturen betegnet som ”secondary denial” (Kuosmanen, J., & Starke, M., 2011). De samme prosessene kan være i virksomhet i hele nettverket til den overgrepsutsatte, uavhengig av om det er familie eller profesjonelle hjelpere (Søftestad, 2005). Dette fører til at den overgrepsutsatte blir henvist til en total ensomhet, hvor muligheten for å utvikle følelser som skam og skyld får fritt leide. Anna Louise Kirkengen, som er lege og forfatter, har i boka ”Hvordan krenkede barn blir syke voksne” beskrevet dette fenomenet (Kirkengen, 2005). Kirkengen tar til orde for at ”det usnakkelige” skal snakkes om, for slik å hjelpe den utsatte ut av ensomheten.

2.5 Script-teorien

Sosiologene William Simon og John H. Gagnon (1986) utviklet script-teorien på 70- og 80 tallet. Deres arbeide har vært en innflytelsesrik studie av de sosiologiske aspektene av seksualitet innen en *sosialkonstruksjonistisk* tilnærming (Pedersen, W., 2005; Træen, B., & Lewin, B., 2008; Plantin, L. & Månsson, S.A., 2012).

Simon og Gagnon ser seksualitet som regissert atferd innen sosial læringsteori.^{14/15} Simon og Gagnon benytter ideen om at seksualitet er atferd¹⁶ som opprettholdes (økes) av forsterkning – eller som kontrolleres (reduseres) av omgivelsenes negative sanksjoner hvis atferden er uakseptabel. Da vil scriptene endres og tilpasses det *kulturelle scenario*. Dette nivået kan ses som kulturelle narrativer eller systemer og koder som gir retningslinjer til hva vi kan gjøre og ikke kan gjøre. I konkrete situasjoner kobles *interpersonlige script* inn i regien. Dette begrepet sikter til interaksjon hvor aktørene omformer narrative til meningesfulle handlinger. Her formes den enkeltes handlingsrom og roller, men tilpasset omgivelsenes forventninger. Det *intrapsyriske script* tar hensyn til at det minst må være to

¹⁴ <http://sexualities.sagepub.com/content/2/1/113.abstract>

¹⁵ Det teoretiske rammeverket til PLISSIT er også sosial læringsteori, uten at Simon&Gagnon eller Annon&Robinson referer hverandre. Det kan forstås i en historisk kontekst, da sosiologer og psykologer ikke nødvendigvis samarbeidet om teoriutvikling på 70-tallet¹⁵. Albert Bandura, som psykolog, kan kanskje ha inspirert Simon&Gagnon.

¹⁶ Lært, viljestyrt atferd.

personer som møtes i disse tenkte situasjonene. Handlinger må tilpasses den enkeltes behov, som ofte styres av lengsler og ønsker.

Selv om det er gjort få undersøkelser over utviklingshemmedes ønsker og tanker om kjærlighets- og seksuelle relasjoner, er det ikke grunn til å tro annet enn at de har samme ønsker og behov da det gjelder kjærlighetsforhold, som folk flest (Eggen et. al., 2009; Eastgate, G., Van Driel, L.M., Lennox, N., Scheermeyer, E., 2011; Zachariassen, 2013). Mange personer med utviklingshemming kan kanskje oppleve et større uoppfylt behov i forhold til kjæresteforhold enn andre (McCabe, M., 1999). Det å ha en kjæreste er noe som kan være svært viktig for en person med utviklingshemming og er noe som mange kan strekke seg langt for å få oppleve (Löfgren-Mårtensson, L., 2003; 2005). Om forholdet innebærer å være utsatt for vold og seksuelle overgrep fra ”kjæresten”, så tåles det, da alternativet er å miste ”kjæresten”. Dette ønsket om å ha en partner og å være ansett som ”normal”, er i litteraturen omtalt som ”the desire to be partnered” (Kuusmanen, J., & Starke, M., 2011). Det *intrapsykiske script* er en stor utfordring for utviklingshemmede, fordi det krever empatiske ferdigheter og forståelse for partnerens rolle i forholdet.

Tidligere erfaringer og læringshistorie vil påvirke dette. Ut fra seksuelle script må seksuell handling bestå av et individ som samhandler med andre innen et system av normer og regler. Individet må ta hensyn til andres referanserammer innen samme system samtidig som individet tar hensyn til egne ønsker og fantasier – som matcher ønsker og fantasier til det andre individet som er involvert. I følge Willy Pedersen (2005) kan kortformen for det seksuelle script beskrives ved at den enkeltes lengsler og begjær må koples med kulturell og sosial mening. Utviklingshemmede er ofte i et avhengighetsforhold til hjelperne sine, og det kan bety at det er hjelpere som tilpasser det kulturelle scenariet for individet, men ut fra egen standard. Ved brudd på standarden, er det mulighet for at den utviklingshemmede vil bli møtt med sanksjoner og individet vil forsøke å tilpasse seg kravene fra omgivelsene. Da opererer individet ut fra profesjonelle script, og mister slik sin egen identitet i eventuelle forhold (Löfgren-Mårtensson, 2013). Det er viktig at nærpersoner og hjelpere er klar over disse mekanismene, for å bistå individet med å etablere egne script.

2.6 Diskurs og konstruksjonisme

Den franske filosofen Michel Foucault retter oppmerksomheten på definering av kjønnet og hvilke konstruksjoner som opprettholder kjønnslig makt og avmakt i samfunnet (Foucault, M., 1995). Foucault forstår makt som noe som utøves i relasjoner (Rønbeck, 2013). Søkelyset rettes på hvordan seksualitet produseres og at det er en vitenskapeliggjøring av seksualiteten gjennom medisin, psykiatri, psykologi og pedagogikk. Dette regimet kaller han ”*scientia sexualis*” som står i motsetning til ”*ars erotica*”. Lyst, begjær og glede, samt den enkeltes mulighet til konstruering av seksuell identitet står i skyggen av *scientia sexualis* og alle seksualitetsanordningene samfunnet pålegger menneskene. Det Foucault muligens berører her, er behovet for *Tillatelse*¹⁷ til en seksualitet, ut fra enkeltindividenes behov og ønsker.

Michel Foucault benytter begrepet *diskurs* – og diskursene er knyttet til bestemte prosedyrer for å komme fram til *viten*. Viten må ikke forveksles med vitenskap, da viten er beskrivelse og kommunikasjon om praksisformer. Foucault ønsker kommunikasjon (diskurs) for å komme fram til beste praksis (viten).

Foucault viser til historien om landarbeideren i Lapcourt året 1867, som dokumenterer samfunnets fordømmelse av en ”enkel sjel” som utfører en seksuell handling som får passere som akseptert blant noen i samfunnet, men som fører til straff for denne

¹⁷ ”Tillatelse” er et nivå i PLISSIT-modellen, som omtales senere.

landarbeideren. Holdningen er at denne mannen er potensielt farlig, fordi legestanden og psykiatrien sier det. Dette er holdninger som går i arv fra generasjon til generasjon og som opprettholder at ”enkle sjeler” fortsatt ikke ”eier” en seksualitet.

Det er to samfunnsdiskurser som står i sterk motsetning til hverandre, og det er

1. Alle har tillatelse til å være seksuelle.
2. Bare noen få har tillatelse til å praktisere sex.

Diskursen åpenbares i media i dag som ”glamour-sex i glanset utgave”, og SAPHY-begrepet er eneste referanseramme. SAPHY står for Single, Attractive, Physical, Healthy og Young. Det virker som ingen andre enn de unge og attraktive har rett til å ”eie” en seksuell praksis, forklarte en italiensk lege og sexolog på en EFS-konferanse¹⁸. Slike holdninger infiserer nærpå personer og personalet til mennesker med utviklingshemming, og devaluerer individene på enda et livsområde. Ut fra denne diskursen kan det vokse fram ”profesjonelle script”, slik at enkeltmennesket ikke får anledning til å konstruere et eget script ut fra egne behov og ønsker (Plantin & Månsson, 2012; Löfgren-Mårtensson, 2013).

2.7 Kognitiv Atferds Terapi (KAT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og Mindfulness

Kognitiv atferdsterapi (KAT) tar utgangspunkt i menneskets evne til tenkning og evnen til å reflektere. Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet av Aaron T. Beck på 80-tallet som en metode for å hjelpe psykiatriske pasienter å finne metoder for å restrukturere sine problemer (Kåver, 2006, Landmark, 2012). Tanken er at psykologiske forstyrrelser ofte involverer vanefeil i tankemønstre (kognisjon) hos pasienten. Terapeuten assisterer pasienten i å hente fram automatiske tankeprosesser (negative tanker som oppstår hurtig, uten at man er selv bevisst dem) og restrukturerer dem blant annet ved bekreftelse og med utvikling av nye mestringsteknikker. Atferd eller følelser (som angst, sinne eller tristhet) kan være betinget i tidligere erfaringer. Automatiske tanker er med på å frembringe, forverre og fastholde de negative følelsene. Et grunnleggende prinsipp er å endre tenkningen så den blir mindre begrensende og selvundertrykkende til å bli mer understøttende, nyansert og rasjonell. Kognitiv terapi har etter hvert utviklet flere undergrupper som rasjonell følelseterapi, kognitiv prosessering og rekonstruktiv terapi. Mindfulness og akseptering er viktige komponenter i KAT (Kåver, 2006).

Kognitiv atferdsterapi kombinerer teknikker fra kognitiv terapi med atferdsanalyse, på grunnlag av at tanker er tilknyttet stimulus og respons (Kåver, 2006). En rekke intervensjoner faller under KAT, og målet er å endre individets indre prosesser (kognitivt og emosjonelt) så vel som ytre atferd.

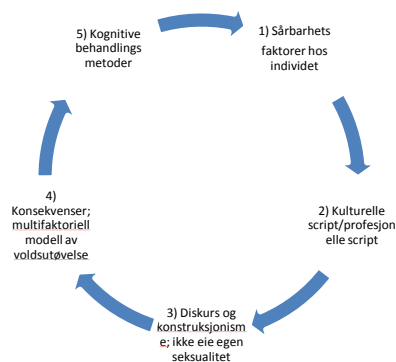
KAT ved sexologisk behandling fokuserer på å påvise og redusere faktorer som bidrar til seksuelle problemer som angst, urimelige forventninger, maladaptasjon, tillit til partner (respektløs atferd, uærlighet), utilstrekkelig erotiske stimuli eller ikke-genitale fysiske stimuli. Behandlingen søker å fremme endringer i holdninger og seksuelle tanker som bedrer samspill (emosjonell nærhet, kommunikasjon), forsterker erotisk stimulering, øker evnen til å få tilfredsstillelse fra seksuell aktivitet og oppnå orgasme og inneholder typisk a) en læringskomponent (informasjon, video) b) en kognitiv komponent (fornuftsbasert, reframing), og c) en atferdskomponent (med hjemmelekser/øvelser). Som rammeverk kan gjerne PLISSIT-modellen benyttes for å ivareta modell-læring, kompetansekrav hos behandler og etiske fagvurderinger.

¹⁸ <http://www.europeansexology.com/> EFS; European Federation of Sexology. Egne forelesningsnotater.

Mindfulness, eller å ”være her og nå”, er et begrep som er mye brukt i terapi i dag. Bakgrunnen er ACT; Acceptance and Commitment Therapy som er utviklet av Steven Hayes og hans kollegaer Kirk Strosahl og Kelly Wilson (Hayes et al, 1996). KAT og ACT er begge terapier som er beskrevet som validerte, beste praksis intervensjoner (Kåver, 2006). ACT som metode er benyttet ved depresjoner, smertebehandling, avhengighetsproblematikk og schizofreni, samt som intervensjon ved sexologiske problemstillinger (Harris, 2009). Mindfulness er del av to nøkkelkomponenter i ACT, da teorien går ut på at mennesket innehar muligheten for en psykologisk fleksibilitet. Ved å ha full fokus på her og nå situasjonen kan mennesket finne praktiske utveier for å løse problemet. Å stoppe opp, være oppmerksomme og akseptere den virkelighet vi befinner oss i, kan hjelpe oss å se nye aspekter og løsninger. KAT og ACT kompletterer hverandre og skaper en nødvendig balanse. KAT som metode er etterhvert blitt mer og mer anerkjent i behandling av mennesker med utviklingshemming (Jahoda, Dagnan, Jarvie & Kerr, 2006; Wilner, 2006).

2.8 Oppsummering

PLISSIT sees som det overordnede teoretiske rammeverket. Modellen, som er basert på sosiale læringsteorier, kan sees som en sirkel med innslag av teorier om sårbarhetsfaktorer for å bli utsatt for overgrep, teorier om faktorer for å bli psykisk skadet av overgrep, script teori, diskurs og konstruksjonisme. Teorigrunnlaget for behandling, som i annen litteratur er omtalt innen kognitive metoder, er i samsvar med sosiale læringsteorier. Metodikken er eklektisk og alle tidligere nevnte teoriene implementeres i de ulike nivåene i PLISSIT-modellen:



Figur 3: Teorisirkel med PLISSIT som overordnet teoretisk rammeverk.

Utviklingshemmede er særlig sårbare, fordi de kan oppleve verden noe naivt sammenlignet med andre. Deres kulturelle scenario er preget av profesjonelle script ved at det er andre som påvirker hva de kan gjøre eller ikke. Mange utviklingshemmede har ofte ikke referanser eller preferanser til å foreta valg, de strever med å få tillatelse til og ”eie en seksualitet”. Hvis individer ikke ”eier en seksualitet” kan diskursen hos noen være at man ikke kan bli utsatt for overgrep. Det blir i liten grad gitt tillatelse til å konstruere egen identitet og seksualitet av omgivelsene. Seksualitet er dessuten tabu og ingen vil se at overgrep skjer. Men diskurs bør og skal føre til viten og handling i å ivareta utviklingshemmede etter overgrep. Nye modeller og teorier kan utvikles som også kan bidra til å forebygge at overgrep skjer. Kognitive metoder som benyttes i behandling etter seksuelle overgrep kan tilpasses enkeltindividets funksjonsnivå. En må også sjekke om behandlingsmetodene har ønsket effekt. Slike tiltak kan føre til økt mestring og etablering av nye atferder som fører til at individet blir mindre sårbart.

Personen utvikler egne interpersonlige script og mestrer intrapsykiske script som overvinner profesjonelle script. Slik viser sirkelen at personen kommer over i nye dimensjoner som kan føre til ytterligere mestring og livskvalitet hos den enkelte.

3. METODE

Metodedelen beskriver hvordan litteraturundersøkelsen ble gjennomført med litteratursøk i 2012 og 2013. Det første søket var for å finne bakgrunnsmateriale til SUMO-prosjektet, og det andre søket var for å finne mer materiale til denne studien. Inkluderingskriterie og ekskluderingskriterie er like i alle søkene, men det andre søket var eksplisitt i forhold til konsekvenser og behandling. Eliteintervju som innhenting av datamateriale blir også bekrevet.

3.1 Definisjon av metode

Metode er et redskap å benytte da visse fenomen skal forskes på. I ordet *metode* ligger å følge en vei mot et mål og forskeren skal redegjøre for veivalg og prosessen fram mot målet (Howe, A., Høium, K., Kvernmo, G., Knutsen, I.R., 2005).

Kvalitativ metode går ut på beskrivelse, forklaring, forståelse, tolkning, hensikt og mening med fenomen, data eller resultater, som ikke kan forklares kvantitativt, altså med tall. Man bruker en kvalitativ metode for å karakterisere et gitt fenomen (Kvale, S., 2006).

3.2 Litteraturstudie

En litteraturstudie er gjennomgang av litteratur rundt en problemstilling på en systematisk måte. Den induktive delen av forskningsprosessen starter med å innhente teori og empiri fra tidligere forskning. Den deduktive delen er å utvikle analytiske rammer med basis i teori (Johannesen, A., Tufte, P.A., Kristoffersen, L., 2006).

Hensikten med en litteraturstudie er å beskrive en bakgrunn som videre kan generere en empirisk studie eller beskrive kunnskap innen visse områder (Forsberg, C., Wengström, Y., 2008). Det kvalitative utgangspunktet blir preget av induktiv tenkning, fordi fokuset rettes mot å skape forståelse og mening av subjektivt opplevde fenomener. Ved kategorisering og kartlegging av data på en induktiv måte, kan man sammenfatte funnene til allmenne prinsipper som igjen fører til nye teorier om ulike fenomen.

Tolkningen av dataene skal ha en forankring i virkeligheten og i det tekstmaterialet som blir tolket, slik at kvalitativ analyse har empirisk forankring. Det skal være en overensstemmelse mellom tolkning og virkelighet (Forsberg, 2008).

I denne studien er det gjennomført systematiske litteratursøk. Søkene blir presentert under tabell 3 og tabell 4 for antall treff i databaser og med en oversikt over relevante artikler for denne studien. En oversikt over artiklene som viser til tidsskrift, metode og resultat finnes i vedlegg II. Tabeller med detaljert søkehistorie, der slik informasjon foreligger, finnes i vedlegg III. Søkene er foretatt over en lang tidsperiode, og de første søkene ble ikke utført for å bli benyttet innen forskning, slik at søkehistorikken ikke ble lagret. Forskeren er klar over at dette er en svakhet ved denne studien og kan være grunnlag for bias. Tradisjonelt er det

sjelden at det blir lagt frem detaljert litteratursøk i kvalitative studier, men det er gjort i denne studien for å legge til rette for videre forskning (Daneback, K. & Plantin, L., 2008). Validering er å verifisere og dokumentere at forskningen er utført innen visse kriterier (Landmark, B., 2012). Kvalitativ forskning på populasjonen mennesker med utviklingshemming medfører metodologiske utfordringer, fordi det ofte innhentes annenhånds opplysninger og populasjonen er liten. Utvalget artikler i denne studien er foretatt ut fra emnevalg. Systematisk validering er ikke foretatt, men artiklene er hentet fra anerkjente tidsskrift som har foretatt kvalitetsvurderinger (vedlegg II). Johannesen et. al. (2006) påpeker at validitet ikke må oppfattes som noe absolutt, som om data er valide eller ikke, men at det er et kvalitetskrav som er *tilnærmet* oppfylt, og slik er det i denne studien.

3.2.1 Litteratursøk 2012 – SUMO-prosjektet

Gjennom deltakelse i SUMO-prosjektet ble det gjennomført flere litteratursøk i 2012. Prosjektet hadde som formål å utvikle nasjonale retningslinjer ved mistanke om vold og seksuelle overgrep mot utviklingshemmede (Zachariassen, 2013). Søkene innebar derfor både bredde- og dybdesøk fra guidelines til single case studier. Internasjonale og nasjonale retningslinjer ble forsøkt funnet med hjelp fra bibliotekjentesten ved Sykehuset Innlandet HF (SI). Det ble gjort to såkalte ”pyramidesøk” hvor to personer sammen med en bibliotekar fant fram til søkeord som kunne være aktuelle. Slike ”pyramidesøk” innebærer å søke etter kunnskapsoppsummeringer som samler etterprøvd, implementert og dokumentert viten først. Deretter fortsetter søket nedover i ”pyramiden” hvor man på nederste trinn finner artikler fra mindre anerkjente tidsskrift og med single-case studier. På denne måten ”støvsuges” databasene etter aktuell litteratur innen et definert område. Det ble søkt i databasene PubMed, Embase, PsykInfo, Eric, AMED¹⁹, Medline, Nursing Fulltext, Br. Nursing Index og E-B Medicine, E-B Health, E-B Nursing²⁰. MeSH²¹-termene var *mentally disabled, mentally retarded, vulnerable adults, intellectual disability/disabled, intellectual impairment, sexual abuse, sex abuse, sexual crime, sex offences, sexual harrasment, battered females, pasient abuse*. To personer vurderte uavhengig av hverandre alle titler og sammendrag. Studier ble inkludert eller ekskludert etter definerte kriterier. Deretter sammenfattet en artiklene som begge hadde vurdert som relevante og artiklene ble bestilt i fulltekst. Prosjektgruppa fordelte så artiklene i 11 kategorier; *behandling og oppfølging* (4), *claim/ historikk* (11), *forebygging individ* (7), *forebyggingstiltak system* (10), *forekomst* (14), *artikler før 2000 og vet-ikke* (38), *holdninger* (6), *juss/rettsprosess/politi* (13), *konsekvenser av overgrep* (11), *overgripere* (13) og *sårbarhetsfaktorer* (9). Totalt ble 136 artikler inkludert i SUMO-prosjektet. Til denne studien ble det i dette søket rekruttert fire artikler om ”behandling” og 11 artikler om ”konsekvenser”.

Inkluderingskriterium 1- SUMO

Inkluderingskriterier for dette litteratursøket var artikler fra 2000 og fram til søketidspunktet, som for SUMO var januar og februar 2012. Videre kriterium var voksne psykisk utviklingshemmede, over 18 år, som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Engelskspråklige og tyske studier ble tatt med. Eventuelle ”guidelines” og ”klassikere”; det vil si overordnede retningslinjer og artikler som prosjektgruppemedlemmene hadde mange referanser til, var uten aldersgrenser. SUMO-gruppen utvidet senere inkluderingskriterium til å gjelde alle sider ved overgrep mot gruppen voksne mennesker med psykisk

¹⁹ Alternative medicine

²⁰ E-B=evidence based

²¹ MeSH står for ”Medical Subject Headings”

utviklingshemming, som vold, utnytting og trakassering. Det er samme kriterium for denne studien.

Ekskluderingskriterium 1- SUMO

Ekskluderingskriterier var artikler fra før 2000, studier som omhandlet mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse og artikler som omhandlet utviklingshemmede som hadde begått seksuelle overgrep. Studier som omhandlet barn ble også utelatt, samt alle studier som var publisert på språk prosjektgruppen ikke kunne lese (fransk, kinesisk, spansk med videre). Bøker ble også utelatt. Det er likelydende ekskluderingskriterium for denne studien.

Tabell 3: SUMO-søket. Artikkene som var innen kriterium for denne studien (2013) er beskrevet med hovedforfatter og år i tabellen.

Database: Årstall	Antall treff:	Antall relevante artikler:	Hovedforfatter&årstall: Antall forkastet/overlapp
PubMed 1998-2012	134	51	Matich-Maroney, 2003 Hickson, 2008 Murphy&O'Callaghan, 2007 Fagg, 2002 Sequeira, 2003 Lemmon, 2002 O'Callaghan&Murphy, 2003 Cooke, 2003
Embase 1. søk 2. søk 1988-jan. 2012	204 14	43 4	Murphy&O'Callaghan, 2007 Matich-Maroney, 2003 Lewis, 2000
PsykInfo 1987-jan. 2012	182	51	0 Hickson, 2008 Peckham, 2007 O'Callaghan&Murphy, 2007 Sequeira, 2003 Lemmon, 2002
Eric 2000-2012	65	6	Kroese, 2006 Lindsay, 2007 Wigham, 2011 Peckham, 2007
AMED 1. søk 2. søk 1987-jan. 2012	2 48	0 17	0 Peckham, 2007 O'Callaghan&Murphy, 2007 Kroese, 2006
Medline 1. søk 2. søk	68 171	8 49	Lund, 2011 Murphy&O'Callaghan, 2007

3. søk	1	1	Eastgate, 2011 Martorell, 2008 O'Callaghan&Murphy, 2007 Fagg, 2002 O'Callaghan&Murphy, 2003
1946-jan.2012			
Nursing Fulltext	13	6	0
1988- feb.2012			
Br. Nursing Index	185	37	O'Callaghan&Murphy, 2007 O'Callaghan&Murphy, 2003 Sequeira, 2003 Cooke, 2003
1994-jan. 2012			
E-B Medicine	2	0	0
E-B Mental Health			
E-B Nursing			
1987-jan. 2012			
Total	1086	227	91

Søk i databasen kan være gjennomført flere ganger. Det beskrives som ”1. søk, 2. søk” under hver enkelt database. Under følger ”antall treff” og ”antall relevante treff”. ”Relevante treff” er artikler i samsvar med inkluderingskriterium. Totalt antall aksepterte artikler var 227. Flere søk i samme databaser var utvidete søk med flere søkekombinasjoner, fordi SUMO-gruppen utvidet inkluderingskriterium til å gjelde alle sider ved overgrep mot gruppen voksne mennesker med psykisk utviklingshemming.

Ved søkeresultatet i E-B medisine, E-B mental health og E-B nursing, ble det søkt på tvers av databasene AMED (Allied and Complementary Medicine), British Nursing Index, Embase, Ovid Medline og PsykInfo. Alle søkeord som omhandlet utviklingshemmede og seksuelle overgrep ble kombinert. Det ble ikke funnet noen artikler som var innen inkluderingskriteriene.

Et søk i Ovid Nursing Full Text Plus, datert 29. februar 2012, ble utvidet med tekstord, men søket ga ikke nye treff.

3.2.2 Litteratursøk 2013

Litteratursøkene som skulle gi ytterligere grunnlag for denne kvalitative studien, ble foretatt sammen med bibliotekjennesten ved SI i januar 2013 og bibliotekjennesten ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) i mars 2013.

I samråd med bibliotekar ved SI ble det gjort et nytt søk i MedLine. Det ble søkt spesifikt på konsekvenser og behandling av overgrep. Tidligere søk hadde vist at det var lite å finne ved systematiske søk; bare fire artikler i kategorien ”behandling og oppfølging” og 11 artikler i kategorien ”konsekvenser”. Det ble derfor søkt i hele basen uten begrensninger. MeSH termer var *mentally disabled persons, intellectual disability, intellectual impairment, mentally disabled person, intellectual disability, mental retardation, mentally retarded, disabled mentally, mentally handicapped, intellectual retarded, intellectual impairment, vulnerable adult, sexual offense, sex offense, sex abuse, sexual abuse, rape, sexual exploitation, sex exploitation og involuntary sex.*

Bibliotekaren ved HIOA bidro til å søke andre databaser enn medisinske baser som SI har god kompetanse på. Web of Knowledge/Web of Science (nylig skiftet navn) er en database som omfatter sosialfaglige og sosiologiske tidsskrift, samt pedagogiske og psykologiske tidsskrift.

Inkluderingskriterium 2

Inkluderingskriterium som i SUMO-søket, men tilleggskriterium her var at artiklene skulle spesifikt omhandle konsekvenser og behandling.

Ekskluderingskriterium 2

Ekskluderingskriterium som i SUMO-søket, men i tillegg her var artikler som omhandlet forebygging, rettssikkerhet, omfang, sårbarhetsfaktorer, holdninger og historikk utelatt.

Antall valgte artikler er artikler som var i samsvar med det nye inkluderingskriteriumet. Totalt antall valgte artikler var 12 nye artikler.

Tabell 4: Søk i 2013. Artikler innen kriterium i denne studien (2013) er beskrevet med hovedforfatter og årstall.

Database: Årstall	Antall treff:	Antall valgte artikler:	Hovedforfatter og år: Antall forkastet/overlapp
MedLine 1946-2013	318	6	Martorell, 2008 Lewis, 2000 Fagg, 2002
Web of Knowledge/Web of Science	154	4	Stoffelen, 2013
1.søk	19	2	Van Nijnatten, 2012
2.søk			Shabalala, 2011
Alle år			Lund, 2011 Hulbert-Williams, 2011 Eastgate, 2011 Mehtar, 2011 Martorell, 2008 Mevissen, 2009 Murphy&O'Callaghan, 2007 Peckham, 2007, Taggart, 2006 Jones, 2004 Sequeira, 2003
Total	491	12	Lund, 2011 Eastgate, 2011 Peckham, 2007
			479 forkastet

Resultatet viste til stor overlapp, og det var ingen database som utmerket seg i forhold til temaet. SUMO forkastet 91 artikler enten grunnet eksklusjonskriteriene eller overlapp, og søket i 2013 forkastet 479 artikler av samme årsak. Noen artikler hadde overlapp fra 2012 (SUMO) til søket i 2013, og forklaringen på det er at prosjektgruppen har definert artikkelen i en annen kategori enn ”konsekvenser” og ”behandling”.

Det endelige resultatet ble:

- a) 18 artikler om konsekvenser etter seksuelle overgrep; 11 artikler fra første søk og syv nye artikler.
- b) Ni artikler om oppfølging og behandling etter seksuelle overgrep; fire artikler fra første søk og fem nye artikler.

3.3 Kvalitative metoder og semistrukturert intervju

Forskerens problemstillinger og hypoteser er avgjørende for hvilken metode som velges for å gjøre en undersøkelse. I humaniora er det tradisjon for å benytte kvalitative metoder. Forskningen er ofte basert på enkeltindividers oppfatninger og meninger om sin livsverden. Forskeren har en deltagende rolle og må være seg bevisst at egen tilstedeværelse kan påvirke resultatene av forskningen. Forskeren benytter ulike intervjumetoder og/eller observasjonsmetoder for å samle data. Kvalitative forskningsintervjuer er forankret i den fenomenologiske forskningstradisjonen. Det sentrale er at enkeltpersoner får legge fram sine subjektive meninger om et gitt fenomen (Howe, 2005). Utvalget kan være noen få intervjuobjekter avhengig av hva man ønsker å forske på (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitativ forskning er ikke opptatt av bredde og mengde for å få svar på sine forsknings spørsmål. Det kan være få intervjuobjekter, men mange variabler som blir studert. Forskeren må transkribere og analysere det innsamlede datamateriale. Dette er også en grunn til at det er praktisk vanskelig med store utvalg til kvalitative undersøkelser. Hovedmålet er å få en forståelse av ulike fenomener.

3.3.1 Eliteintervju

I studien var det ønskelig å undersøke andre fagpersoners kunnskap og erfaringer i møte med mennesker med utviklingshemming som har vært utsatte for seksuelle overgrep. Intervju ble benyttet som metode, og den typen intervju som ble valgt blir i litteraturen omtalt som eliteintervju (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble forsøkt å finne fram til informanter som kunne gi den type informasjon som var nødvendig for å forske på om det er samsvar mellom funnene i litteraturundersøkelsen og hva som anses som beste praksis ut fra klinisk erfaring. Informantenes oppgave i slike intervjuer er å formidle den kunnskapen de har, og i dette forskningsprosjektet var formålet å undersøke mer om oppfølging og behandling etter seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemming. Derfor ble det valgt informanter som har klinisk erfaring vedrørende disse problemstillingene gjennom de fagstillingene de har som ansatte i ulike helseforetak. Utvalget vil bli presentert nærmere i kapitlet om resultater av intervjustudien.

I eliteintervju vil det være en fordel å konsentrere seg om et fåtall informanter. Det vil gi plass til mer dyptgående intervjuer enn hvis man velger et større og mer randomisert utvalg (Syversen, M.T. & Sævik, S., 2009). Informantene fikk først en muntlig forespørsel om de ville delta i studien og deretter en formell skriftlig forespørsel hvor hovedessensen i intervjuet var vedlagt som fem spørsmål (vedlegg I):

1. Hva er dine erfaringer med oppfølging av utviklingshemmede etter overgrep?
2. Hvor mange saker har du hatt de siste 5 årene?
3. Hva er likhetstrekk i sakene?

4. Hva er ulikheter i sakene?
5. Mener du at det er metoder som utmerker seg som spesielt anvendbare i å følge opp mennesker med utviklingshemming etter seksuelle overgrep?

Eliteintervjuet har med dette tatt form som et semistrukturert intervju med utvalgte nøkkelpersoner. Utvalget er kjente fagpersoner i Norge som er tilknyttet fagnettverket ”Nettverk Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv”.²² Forskeren kjenner informantene og vet at alle har spesialisert kompetanse på dette temaet. Informantene er anonymisert i studien og vil bli omtalt som informant 1, informant 2 osv. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert for deretter å bli drøftet opp mot funnene fra litteraturstudien. Informantene fikk tilsendt det transkriberte intervjuet før det ble benyttet i studien, for på den måten å ha mulighet til å rette på eventuelle misforståelser.

Semi-strukturerte intervjuer har en overordnet intervjuguide med fem spørsmål, som beskrevet ovenfor, som er tenkt å være utgangspunkt for intervjuene. Da informantene ble forespurt startet en prosess med at de mentalt forberedte seg på intervjuet og fikk en mulighet til å tenke gjennom problemstillingene som skulle bli drøftet. Under intervjuet er det åpnet opp for at man kan variere rekkefølge på spørsmålene, og det er opp til informantene å trekke inn relevante temaer. Forskeren må være oppmerksom på at det å kjenne informantene kan påvirke svarene, og må forsøke å eliminere det (Kvale, 2006). Semi-strukturerte intervjuer er omtalt som den beste intervjuformen for å få fram nøkkelpersoners viten og praksis om temaet. Det gir mulighet for en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet (Johannesen et al. 2006).

3.4 Forskningsetikk

Målet med forskning er å finne ny kunnskap uten at det skal gå på bekostning av andre menneskers integritet (Johannesen et. al.,2006). Man skal gjøre rede for alle artikler som blir benyttet i studien, selv om resultatene ikke samsvarer med forskerens egne oppfattelser. Alle artiklene i denne studien er funnet i anerkjente tidsskrift og er blitt godkjente for publisering. Forskingen er ikke av en slik standard at det er behov for en godkjenning av en etisk komite.²³ Det blir referert til alle kilder i studien. Personopplysninger er utelatt, og informantene er anonymisert. Intervjuene er komprimert, slik at det skal være vanskelig å gjenkjenne eventuelle case. Informantene kunne kommunisere med forskeren og gi innspill under forskningsprosjektet.

4. RESULTATER

4.1 Litteraturundersøkelsen

Artikler som omtaler konsekvenser har underkategoriene; A1=litteraturoversikter, B1=kvantitative studier, C1=kvalitative studier og D1=systematiske utprøvinger og rapporter. Artikler som omtaler behandling etter seksuelle overgrep har underkategoriene; A2=litteraturoversikter, B2=kognitiv atferdsterapi og C2=psykoterapeutisk behandling. Under hver kategori følger en oppsummering av artiklene. I vedlegget ligger utvidete tabeller med informasjon om full tittel og tidsskrift, og alle referansene til artiklene finnes i referanselista.

²² www.nfss.no

²³ Veilederen har ikke bedt om det.

4.1.1 Konsekvenser av å være utsatt for seksuelle overgrep

Tabell 5: Underkategori A1: Litteraturoversikter, 5 artikler.

År	Hovedforfatter
2003	Sequeira
2004	Jones
2006	Sequeira
2008	Martorell
2011	Wigham

Flere studier foreslår at mennesker med utviklingshemming erfarer en rekke psykopatologiske effekter etter overgrep, likt erfaringene til voksne og barn i befolkningen for øvrig (Sequeira, H., Hollins, S., 2003; Sequeira et.al., 2006; Martorell, A., Tsakanikos, E., 2008). Men grunnet metodologiske begrensninger konkluderer litteraturoversiktene med at det må ytterligere forskning til for å finne evidens på at reaksjoner på seksuelle overgrep hos mennesker med utviklingshemming er like de man finner i den generelle populasjonen. Hypotesen ved tidligere forskning var at grunnet kognitive forståelsvansker kunne det å være utsatt for overgrep mediere flere og alvorligere atferdsmessige og psykologiske reaksjoner etter overgrep enn hos den øvrige befolkningen (Sequeira og Hollins, 2003). Mennesker med utviklingshemming har som gruppe ofte ekstra utfordringer i form av økt forekomst av atferdsforstyrrelser og psykiske lidelser. Det er derfor viktig å skille mellom årsakene til psykologiske forstyrrelser; om det er en del av individets personlighet eller om det er en konsekvens av overgrep. Depresjon kan behandles medikamentelt, men er depresjonen en konsekvens av overgrep, er det riktigere å benytte psykoterapeutiske intervensjoner eller psykologiske intervensjoner. Det er behov for en mer helhetlig forståelse for rekken av symptomer som er knyttet til seksuelle overgrep, for å avklare riktig behandling (Sequeira, 2006).

Koblingen til seksuelle overgrep er kjent som en mulig forklaring på forekomst av selvskading i den generelle populasjonen. Fenomenet er lite drøftet som forklaring på utsatthet for overgrep i litteraturen som omhandler mennesker med utviklingshemming. Studien til Jones et al. (2004) foreslår at undertrykkelse og overgrep må sees i kontekst som foranledning til selvskading hos utviklingshemmede. Kontinuerlig ignorering av ”meldingen” som utviklingshemmede gir via selvskading om at situasjonen er uholdbar, kan føre til en forværring av situasjonen for den enkelte. Forfatterne ønsket å se ut over eksisterende responser på selvskading hos mennesker med utviklingshemmede, og finne nye forståelsesmodeller som grunnlag for behandling.

Artikkelen til Martorell og Tsakanikos (2008) er en kritisk gjennomgang av foreliggende forskning om traumatiske hendelser og hvordan dette påvirker mennesker med utviklingshemming. De oppsummerer studien med at temaet fortjener mer oppmerksomhet. Et viktig spørsmål er om slike hendelser er risikofaktorer eller triggere for psykopatologi hos mennesker med utviklingshemming og hvordan man kan skille mellom traumatiske hendelser og livshendelser for øvrig. Denne studien er i tråd med Wigham, Hatton og Taylor (2011), som gjorde en systematisk litteraturoversikt hvor de konkluderte med at det er viktig med systematiske oversikter for å finne empiriske bevis på hvilke effekter traumatiserende hendelser har på enkeltindividet. Studien utdyper begrepet *trauma* som beskrivelser for vonde

livshendelser. Livshendelsene eksemplifiseres med sykdom, skade, ulykke, sykehusopphold, være offer for tyveri og kriminelle handlinger, være vitne til kriminelle handlinger, utføre kriminelle handlinger, oppleve relasjonelle brudd, seksuelle overgrep, miste jobben, alvorlig sykdom hos nærpersion eller flytte bosted. Wigham et. al.(2011) utdyper her PTSD som beskrevet i ICD-10. Det er individuelle faktorer som avgjør hvilke livshendelser som forsårsaker traume eller ikke. Forfatterne påpeker at internett-trakassering, for eksempel, kan føre til redusert selvbilde og depresjon for noen personer. Studien beskriver at grad av utviklingshemming og medfølgende redusert tale-evne medførte økte atferdsvansker som en konsekvens av disse manglende ferdighetene hvis personen var utsatt for trauma. Målsetningen for studien var å identifisere empiriske bevis for effekter av traumatiserende livshendelser hos utviklingshemmede, for å skille mellom trauma og andre psykiske lidelser. Dette mener forfatterne vil ha stor betydning for riktig intervensjon, nøyaktig som Sequeira og Hollins (2003; 2006) påpeker. Litteraturstudiene viser til at det er evidens for at mennesker med utviklingshemming får symptomer på PTSD etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep.

Tabell 6: Underkategori B1. Kvantitative studier, 5 artikler.

År	Hovedforfatter
2003	Sequeira
2003	Matich-Maroney
2006	Taggart
2008	Hickson
2011	Shabalala

Sequeira, Hollins og Howlin (2003) foretok en case-kontroll undersøkelse hvor målet var å identifisere symptomer av psykologisk forstyrrelse hos utviklingshemmede med overgrepshistorikk og hos utviklingshemmede som ikke hadde vært utsatte for overgrep. Studien viste til evidens på at seksuelle overgrep er assosiert med høyere forekomst av psykiatriske og atferdsmessige problemer hos mennesker med utviklingshemming. Matich-Maroney (2003) undersøkte samme år hvilke helse-implikasjoner seksuelle overgrep kunne ha for voksne med utviklingshemming. Den overgrepsutsatte gruppen skåret høyere enn sammenligningsgruppen ved områdene angst-forstyrrelser, depresjon, psykoseksuelle dysfunksjoner, dissosiering og somatiske plager. Områdene er innenfor symptomer for PTSD, som beskrevet i ICD-10. Studien beskrev metodologiske vansker ved å sammenligne egne funn med tidligere forskning, blant annet Sobsey & Doe (1991), fordi begrep og målgruppe ble noe ulikt definert. Atferdsproblemer og rusmisbruk blant utviklingshemmede ble avdekket i en undersøkelse av Taggart, McLaughlin, Quinn og Milligan (2006). Rusmisbrukere med IF var utsatte for seksuell utnyttning og hadde problemer med å opprettholde et forhold til andre mennesker. Det kom ikke fram om rusmisbruk var en konsekvens av seksuell utnyttning, eller oppsto som en del av rusmisbruket. Hickson et al (2008) påpekte at utviklingshemmede kvinner med en seksuell overgrepshistorie viste flere stress-symptomer enn en gruppe kvinner som ikke hadde vært utsatt for overgrep. Kvinnene hadde også flere diagnoser og benyttet medikamenter i større grad enn den andre gruppen. Forfatterne (IBID) skriver at mennesker med IF kan ha spesielle vansker med å vurdere kontrollerbarhet og effektivt mestre negative mellommenneskelige situasjoner. Hickson (2008) viser til at utviklingshemmede som har svake ferdigheter i å ta valg og sette grenser også er utsatte for reviktimisering. Forfatterne støttet konklusjonen til tidligere forskning (Nettelbeck & Wilson, 2002) som beskrev at noen mennesker med utviklingshemming tenderer til å støtte seg til andre for å løse hverdagslige problemer og har lite erfaring med effektive, selvstendige valg. Slike manglende ferdigheter kan føre til at personen ikke vet hvordan grenser settes for autoritetsfigurer eller andre nærpersioner som er involvert i livene deres. Shabalala og Jasson (2011) benyttet en PTSD

sjekklister for å kartlegge overgrepshistorikk innen slike gitte kriterier. Gruppen som hadde opplevd overgrep skåret høyere og mer intensivt enn en kontrollgruppe. Resultatene indikerte at ofre for overgrep bør bli spurt direkte om deres subjektive opplevelse av hendelsen. Hjelperes rapporter kan benyttes som tilleggs-informasjon, og at terapeutiske intervensjoner skal tilbys enkeltindividene som har vært utsatt for overgrep. De kvantitative studiene støtter litteraturoversiktens funn. Svakheter ved forskningen er generelt små utvalg og at informasjonen er andrehånds-opplysninger med datainnhenting fra nærpersoner og ikke direkte fra personen det gjelder.

Tabell 7: Underkategori C1: Kvalitative studier, 6 artikler.

År	Hovedforfatter
2000	Lewis
2003	O'Callaghan
2007	Murphy
2011	Hulbert-Williams
2011	Eastgate
2013	Stoffelen

Lewis og Stanley (2000) fortalte i sin artikkel om kvinner som var fengslet for å ha begått overgrep. Alle kvinnene hadde en forhistorikk med seksuelle overgrep og vold. Studien indikerer at en konsekvens av å bli utsatt for overgrep kan føre til at man selv begår overgrep. Lewis og Stanley's (2000) forskning er et viktig bidrag som kan underbygge tanken om at "vold avler vold", og ingen andre studier trakk fram denne dimensjonen så klart. Eastgate, Van Driel, Lennox og Scheermeyer (2011) har skrevet flere artikler om kvinner med utviklingshemming, seksualitet, seksuelle overgrep og beskyttelsesferdigheter. Forskerlaget kommer også inn på temaet reviktimisering og utøvelse av vold. Studien fra 2011 er en kvalitativ studie som innbefatter semistrukturerte intervjuer og livshistorier med 9 kvinner med lett utviklingshemming. Artikkelen er særlig interessant, fordi forskerne har førstehånds opplysninger fra informantene. Resultatene viste at konsekvenser etter overgrep kunne være angst, depresjon og vansker med å være i relasjon med andre. Eastgate beskrev at undersøkelsene indikerte at utviklingshemmede hadde samme lengsler og behov for intimitet og nærhet som alle andre mennesker. Men at deres hjelpere holdt fast ved en oppfatning om at utviklingshemmede var aseksuelle, eller som barn, når det gjaldt seksualitet. Derfor kunne utviklingshemmede ha "hemmelige forhold", noe som førte til særlig sårbarhet for disse menneskene. Studien påviste kunnskapsmangel om seksualitet og grenser, beskyttelsesstrategier, erfaringer med overgrep og alvorlige konsekvenser etter overgrep. Kvinnene hadde et stort behov for å snakke om overgrepene de hadde vært utsatt for, men fikk ikke tilbud om oppfølging. Særlig sårbare for overgrep er også utviklingshemmede med en homoseksuell orientering. Stoffelen, Kok, Hospers og Curfs (2013) har publisert en studie om homoseksuelle kvinner og menn med utviklingshemming. Dette var den eneste studien i litteratursøket som omhandlet utviklingshemmede og seksuell orientering. Spesielle vansker ved deres tilværelse var den høye prevalensen av overgrep, mangelen på støtte, opplæring og veiledning om seksualitet. I tillegg trakk informantene fram utfordringen de opplevde ved å skulle finne en partner.

O'Callaghan og Murphy (2003) skrev om retrospektive intervjuer av nærpersoner til utviklingshemmede som hadde vært utsatt for overgrep. Konklusjonen var at konsekvensene for enkeltmennesket var alvorlige og langvarige, og at pårørende ble sterkt påvirket av overgrepssaken. Lite hadde blitt gjort for å hjelpe individene og familiene deres i ettertid. De samme forskerne foretok samme form for studie i 2007. Denne studien avdekket et

betydningsfullt konsistent mønster hos voksne med alvorlig grad av utviklingshemming som følge av overgrep. Forskerne (IBID) anbefalte igangsetting av målbare tiltak som førte til mulighet for å identifisere mulige overgrep hos mennesker med alvorlig utviklingshemming som selv ikke kunne rapportere om det som skjer. På tross av studiens begrensninger ved få informanter, skriver de at det kan virke som om få saker ble lagt fram for forhørsretten. De hevder at det mest vanlige var å flytte den overgrepsutsatte til et tryggere sted og terapeutisk behandling ble ikke tilbudt den overgrepsutsatte. Mennesker med alvorlig grad av utviklingshemming blir sjelden gjort til gjenstand for forskning om seksuelle overgrep, og resultatene er viktige for å ivareta også denne gruppen. Hulbert-Williams, Hastings, Crowe og Pemberton (2011) påpeker at flere studier viser et forhold mellom livshendelser og psykologiske vansker hos mennesker med IF. Når det gjelder mennesker med IF er det nesten alltid slik at det er data fra andre hånds informanter som danner grunnlaget for studiene. Kvalitativ forskning er i det store og hele basert på proxy-rapporterte studier.

Tabell 8: Underkategori D1: Systematiske utprøvinger og rapporter, 2 studier.

År	Hovedforfatter
2002	Fagg
2005	Mitchell

Fagg (2002) har skrevet en lettlestrappert om et krisesenter i London for kvinner med utviklingshemming som har vært utsatte for seksuelle overgrep. The Beverly Lewis House har eksistert siden 1995 og tilbyr kvinner et trygt sted å bo for å motta behandling og hjelp til å lære ferdigheter for å unngå reviktimisering. Senteret mener at overgrep i barndommen skal føre til psykoterapeutisk behandling, og ansatte skal trenes til å kunne behandle atferdsvansker hos klientene som defineres til å være spisevansker, selv-skading og depresjoner. Dette anses å være vanlig forekommende konsekvenser etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep (IBID).

Mitchell og Clegg (2005) sier at forskning som benytter konseptet PTSD hos voksne med IF, antar at de oppfatter og reagerer på traumatiske hendelser likt mennesker uten kognitive vansker. Barns reaksjoner på trauma kan også sammenlignes med gruppen voksne med IF, mener forfatterne. Undersøkelsen gikk ut på å samle to fokusgrupper med profesjonelle og praktikere som skulle undersøke relevansen i følge kriteriene beskrevet i litteraturen om PTSD. Likheter beskrevet var flashbacks, mareritt, opprørt over minner, unngåelsesatferd og økt uro og opphisselse i visse situasjoner. Ulikheter var at mennesker med IF hadde opplevd flere trauma, noe som genererte kroniske vansker. Dette medførte at gruppen IF trengte hjelp i forhold til fysiske helseproblemer og atferdsmessig rekonstruksjon.

4.1.2 Behandling etter seksuelle overgrep

I denne oversikten er det tre underkategorier; A2: Litteraturoversikt, B2: Kognitiv atferdsterapi (KAT) og C2: Psykoterapeutisk behandling.

Tabell 9: A2: Litteraturoversikt, 1 artikkel.

År	Hovedforfatter
2011	Lund

Lund (2011) foretok en litteraturoversikt med artikler fra 1995 til 2010 og fant 16 artikler som hun vurderte. Det var 6 artikler som omhandlet service-programmer og 10 artikler beskrev intervensjon- og forebyggingsprogrammer. Artikkelen avslørte et misforhold mellom de etablerte programmene og det at det var lite kjennskap til programmene i miljøene med

individer med funksjonsnedsettelse. De fleste programmene handlet om overgrepforebyggende tiltak for voksne med utviklingshemming og hadde generelt små utvalg og manglet kontrollgrupper. Få metoder om behandling etter overgrep for mennesker med funksjonsnedsettelse er blitt empirisk evaluert. Lund anbefalte en forbedring av tilgang til, og økt samarbeid mellom instanser som jobber med voldsutsatte mennesker. Det er også behov for lett tilgjengelige, kulturelt sensitive og strengt utprøvde overgrepintervensjoner og forebyggings-intervensjoner for kvinner og menn med ulike funksjonshemninger.

Tabell 10 : B2: Kognitiv atferdsterapi (KAT), 5 artikler:

År	Hovedforfatter
2002	Lemmon&Mizes
2006	Kroese
2007	Peckham
2007	Lindsay
2011	Mehtar

Lemmon og Mizes undersøkte i 2002 effekten av eksponeringsterapi hos en kvinne med utviklingshemming som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Kvinnen ble diagnostisert med PTSD (post traumatisk stress syndrom) og forfatteren beskriver en modifisert behandlingsprosedyre innen eksponeringsterapi. Kvinnen hadde problemer med å samarbeide om mål og arbeidsoppgaver som var del av behandlingen, spesielt grunnet i at kvinnen viste mye unngåelsesatferd. Behandlingen innebar å sette opp et hierarki om hva hun var mest redd for og minst redd for, og så ble hun systematisk eksponert for dette. Kroese og Thomas (2006) benyttet metoden Imagery Rehearsal Therapy (IRT) som er anbefalt i Best Practise Guide for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults (Journal of Clinical Sleep Medicine, 2010). Behandleren kartla to klientenes drømmemønstre ved å skrive ned så detaljert som mulig hva marerittene handlet om. Siden ba behandleren klientene om å finne en ny slutt på drømmen; ”hvordan ville du helst at drømmen skulle ende?” Ved å skrive om sitt eget mareritt opplevde klientene en markant reduksjon i hvor ofte de hadde mareritt og at marerittene til slutt opphørte.

Peckham publiserte tre studier i 2007; The Vulnerability and sexual abuse of People with Learning Disabilities, The Delivery of a Survivors Group for learning Disabled Woman with Significant Learning Disabilities who have been Sexually Abused og til sist artikkelen som blir omtalt her. Denne artikkelen beskrev tilbud kvinner mottok etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Kvinnene deltok i en såkalt ”overlevelsesgruppe” som møttes ukentlig i fem måneder med totalt 20 behandlinger. Parallelt deltok deres hjelpere i en ”undervisnings-support- gruppe”. Hjelperne skulle bli bedre i stand til å følge opp kvinnene etter overgrepene. Formålet var å se om det var noen endringer i relevant klinisk avhengige variabler assosiert til konsekvensen av seksuelle overgrep (trauma, selvbilde, sinne, depresjon og utfordrende atferd). Forbedringer ble funnet innen seksuell kunnskap, traume og depresjon. Verken selvilde eller sinne endret seg og utfordrende atferd økte i begynnelsen av behandlingen for senere å bedre seg. Konklusjonen var at resultatene var så lovende at tiltakene anbefales for kvinner og menn som har vært utsatte for seksuelle overgrep. Peckham et al. (2007) inkluderer ”seksuell kunnskap” som et tema, og er den eneste studien som spesifiserer dette innen behandling.

Lindsay og Skene (2007) utviklet og tilpasset Beck Anxiety Inventory (BAI) og Beck Depression Inventory-2nd Edition (BDI-II) for mennesker med intellektuelle funksjonsnedsettelser. Alle 108 deltagere ble rekruttert fra institusjoner og kommunale tiltak for å prøve ut verktøyene. Dataene blir presentert i studien (IBID). Konklusjonen er at BAI og BDI-II gir valide data og anbefales brukt til mennesker med IF. Studier viser at effekt av

behandling etter overgrep kan sammenlignes med befolkningen for øvrig, og samme metoder kan benyttes. Kognitive metoder framheves som effektive, gode metoder. Mehtar og Mukaddes (2011) skriver om barn og voksne med autisme og undersøkte med semistrukturert intervju om informantene utviklet PTSD etter traume. De mest vanlige årsakene til trauma var å ha vært utsatt for ulykker, katastrofer og vold. Seksuelle overgrep eller fysiske overgrep var ikke forekommende blant deltagerne i denne studien. Traume- og PTSD-utvikling var av høyere forekomst blant jenter enn hos gutter (IBID). Konsekvenser etter traume var nedgang i sosiale og kommunikative ferdigheter, økt stereotyp atferd, aggresjon, manglende konsentrasjon, søvn-vansker, hyperaktivitet, selv-skading og nedgang i selvhjelpsferdigheter. Denne undersøkelsen er viktig for klinisk intervensjon, da det viser seg at man må ha detaljerte kunnskaper om atferds- og emosjonelle problemer i gruppen individer innen autismespekteret for å unngå feildiagnostisering. Dette er et tema som er diskutert i fagmiljøene i dag, og det rekrivrer behovet for mer forskning.

Tabell 11 : C2: Psykoterapeutisk behandling, 3 artikler.

År	Hovedforfatter
2003	Cooke
2011	Mevissen
2012	Nijnatten

Cooke (2003) er opptatt av dissosiering som en psykologisk mekanisme for å mestre trauma, stress og fortvilelse. Mekanismen fører til at traume-utsatte mennesker kan fungere følelsesmessig og kognitivt, men på et redusert nivå og med maladaptive responser. For å gjenopprette psykologisk helse er det behov for å erkjenne situasjonen som den er og ta fram det vonde og vanskelige. For mennesker med utviklingshemming kan det være viktig å ”ta fram minner på en trygg måte”, restrukturere negative forhold og styrke deres evne til å få god livskvalitet. Cooke (2003) mener at ”løsningsfokusert terapi” egner seg godt for mennesker med utviklingshemming, da metoden innebærer klare, strukturerte og praktiske oppgaver. Metoden er ofte benyttet til normalbefolkningen som har opplevd traumatiske livshendelser, og det samme gjelder ”eye movement desensitisation and reprocessing” (EMDR), som Mevissen, Lievegoed, Seubert og DeJongh (2011) skriver om i sin artikkel. EMDR har undersøkt hvilken effekt denne behandlingen hadde på to klienter med moderat utviklingshemming som hadde opplevd ”negative livshendelser”. EMDR er beskrevet å være en ”første linje behandling” for psykologiske trauma (IBID). van Nijnatten og Heestermanns (2012) understrekte viktigheten av å få fram de personlige historiene hos mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep for å hjelpe dem å komme over sitt trauma, i likhet med det Cooke (2003) beskriver om ”løsningsfokusert terapi”. Rådgivere kan hjelpe ofre med utviklingshemming til å ta en aktiv rolle i samtaler om seksualitet og re-konstruere en personlig historie (van Nijnatten & Heestermanns, 2012). Metoden de beskriver er en diskurs- og konversasjonsanalyse, og en person med autisme og tilleggsdiagnose lett utviklingshemming, var informant. Oppsummeringen av artikkelen er at mennesker med utviklingshemming kan delta i samtaler med rådgivere, og at dette kan være til nytte for den enkelte.

4.2 Resultater av eliteintervju

4.2.1 Presentasjon av informantene

Informantene besto av fire personer. Totalt ble syv personer forespurt, men to av slo å delta grunnet sykdom og en person hadde ikke lenger pasienter med utviklingshemming i klinisk praksis. Informant 1 er fagrådgiver i en habiliteringstjeneste for voksne og utdannet seksualveileder. Informant 2 er spesialvernepleier i en allmennpsykiatrisk poliklinikk i et helseforetak, spesialist i sexologisk rådgivning, NACS. Informant 3 er spesialsykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning, og ansatt i et helseforetak. Informant 4 er psykologspesialist og spesialist i sexologisk rådgivning, NACS, og ansatt i et helseforetak.

Alle mottok en skriftlig forespørsel (vedlegg I). Senere ble alle intervjuet ut fra de fem spørsmålene i det tilsendte brevet. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, transkribert og sendt tilbake til informantene, som kunne gi tilbakemelding av det skriftlige innholdet. Resultatene ble kategorisert i fire hovedområder; 1) Omfang og sårbarhet, 2) Holdninger, 3) Konsekvenser av overgrep, 4) Behandling, oppfølging og ”beste praksis”. Informantene tok også opp temaet ”møte med politi og rettsvesen”, som ikke inkluderes i denne studien. Intervjuene ble knyttet opp mot resultatene i litteraturundersøkelsen for slik å underbygge empiri i studien. En informant tilførte noen endringer i det transkriberte intervjuet. I resultatet omtales informantene uten definering av om det er informant 1, 2, 3 eller 4, for så langt som mulig å ivareta deres anonymitet.

Kategoriene ”konsekvenser” og ”behandling” blir prioritert, fordi studiens problemstillinger etterspør nettopp dette. Temaene blir forsøkt drøftet ut fra nivåene i PLISSIT-modellen, for å sette resultatene i kontekst med teorien.

4.2.2 Omfang og sårbarhet

Informantene hadde alle erfaringer med saker som omhandlet seksuelle overgrep, men bare en hadde konkrete tall om omfang av overgrepssaker. Denne informanten kunne vise til seks overgrepssaker i løpet av de siste fem årene. Det blir sjelden spesifisert i henvisninger til spesialisthelsetjenesten at det er bistand og behandling etter seksuelle overgrep som er ønskelig, fortalte informantene. De tilføyde at det er et tema som gjerne kommer opp etter hvert i arbeidet med pasienten og tjenesteyterne.

Jeg har ingen saker hvor seksuelle overgrep har vært problemstillinga i utgangspunktet... () men man har en formening om at det på et eller annet tidspunkt, så har det vært overgrep... () vi får ikke så mange saker hvor det er det som er (selve) henvisningsgrunnen.

Alle informantene beskrev en nølende holdning i alle bistandsledd til å foreta seg noe, eller i det hele tatt tenke tanken at vanskene som klienten har kan handle om reaksjoner på seksuelle overgrep. Personalet i førstelinjen venter i det lengste med å foreta seg noe og håper at problemene skal gå over av seg selv. Men informantene forteller at ofte eskalerer den uønskede atferden, og til slutt kontakter personalet eller nærpå personer fastlegen, og det blir sendt en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Henvisningene som spesialisthelsetjenesten mottar, er ofte preget av usikkerhet og uklarhet. Som regel beskrives ulike atferdsvansker, som kan ha ulike årsaker.

...og grunnen til at de har blitt henvist, er at omgivelsene mener at de har behov for opplæring ... ja, de er grenseløse i forhold til kontakt med andre og til egen seksualitet og sånne ting.

En informant forteller:

...det som er spesielt er at de blir henvist med en depresjon eller med tilpasningsvansker og så videre... og at man kanskje ser at de sliter med en angst problematikk. Men når man begynner å kartlegge, ser man at i historien ligger det veldig ofte en bakgrunn med overgrepserfaring...

4.2.3 Holdninger til utviklingshemmede og seksualitet

Flere informanter forteller at ofte blir ikke utviklingshemmede trodd når de forteller om overgrep. Holdningene kan være at utviklingshemmede ikke "eier en seksualitet" og derfor kan de ikke bli utsatt for overgrep. Eastgate et.al. (2011) beskriver samme fenomenet i sin forskning. For noen utviklingshemmede kan dette oppfattes som å være et devaluert menneske og det kan kanskje oppleves som et overgrep i seg selv at nærpersoner ikke tror på overgrepshistorien. Informantene snakket mye om temaer som omhandler seksualpolitikk, som tillegges P-nivået i PLISSIT. Informantene beskriver at grunnholdningene hos tjenesteytere ikke alltid samsvarer med seksuelle rettigheter til mennesker med IF, og det kan føre til et svakere rettsvern for disse menneskene.

Ja, men jeg tenker at det blir jo helt forferdelig for dem. Ehm.. for det første så er det vanskelig for dem å sette ord på det de har opplevd. Og kanskje blir en ikke trodd. ... så de mister litt troen på...at de er ikke så mye verdt.

En omfattende amerikansk studie viste at seksuelle overgrep mot utviklingshemmede i 65% av tilfellene var begått av andre med IF, mens overgrepene i 28% av tilfellene var begått av ansatte (Gust et al., 2003). I tilfeller hvor det er kjent at utviklingshemmede har begått overgrep, opplever informantene at tjenesteytere kommer i vanskelige dilemmaer om hvordan de skal handle til det beste for begge parter. Informantene hadde også eksempler på at tjenesteytere lett kan komme i posisjon til å begå overgrep.

... vi vet fra litteraturen at ... kanskje halvparten av de som begår overgrep mot utviklingshemmede er selv utviklingshemmet, og jeg vil jo tro at...det nok (er) en del slike tilfeller som rett og slett ikke blir avdekket. (Tjenesteytere) jobber alene med en utviklingshemmet - det er ikke noe særlig kontroll på hva du foretar deg når du ()... i Norge i dag er det relativt enkelt å komme i ... hvis man er ute etter å begå overgrep mot utviklingshemmede, så er det enkelt.. å komme i posisjon ... vi har veldig lite som kan hindre folk som virkelig er opptatt på dette altså – i å gjøre dette.

Informantene var opptatt av seksualpolitikk og at mennesker med IF er en del av samfunnet med samme rettigheter som andre. Men de mente at seksuelle overgrep er tabu, og at seksuelle overgrep mot utviklingshemmede er ekstra tabubelagt i samfunnet. Mange utviklingshemmede er åpne om at de er ensomme og på det viset er de ekstra sårbare. Det å verbalisere om kropp og kjønn, og å kjenne til grenser for seg selv og andre, er vanskelig. Spesielt hvis det "unormale er blitt normalt", så vet ikke personen hvor de "normale" og "vanlige" grensene går, og hva det er å fortelle om egne opplevelser. Individet har få

referanser til gode, likeverdige relasjoner og kan dermed ha en oppfatning av at forholdet til overgriperen er den vanlige normen.

...det er jo veldig skjult og det er jo eh... lite synlig område. Hvis ingen synliggjør det, så blir bare ting som før. Det er en kjempeutfordring for mange utviklingshemmede. At de er fryktelig mye alene og at de kan få kontakt med andre på nett eller via andre, de er fryktelig utsatte...

4.3.4 Konsekvenser av overgrep

Sequeira et.al., (2003, 2003, 2006) viste til at reaksjoner på seksuelle overgrep hos mennesker med utviklingshemming er like de man finner i den generelle populasjonen. Studiene påpekte at grunnet kognitive forståelsvansker kunne det å være utsatt for overgrep *mediere flere og alvorligere atferdsmessige og psykologiske reaksjoner etter overgrep enn hos den øvrige befolkningen*. Forskerne (IBID) fant evidens på at seksuelle overgrep er assosiert med høyere forekomst av psykiatriske og atferdsmessige problemer hos mennesker med utviklingshemming. Noen av informantene bekreftet de store vanskene som utviklingshemmede kan ha etter seksuelle overgrep.

Hun har nå fått diagnosen post traumatisk stress syndrom.

Finkelhor & Browne (1985) beskriver fire områder; traumatisert seksualisering, svik, stigmatisering og avmakt, som kjernen av psykisk skade som mennesker blir påført etter overgrep. Overgriperen etablerer både en maktrelasjon og en kjærlighetsrelasjon til den utsatte, og dette kan medføre ytterligere sårbarhet for å oppleve nye traumer (IBID). En informant beskrev en persons atferdsvansker, men også pasientens fortvilelse over ikke lenger å ha kontakt med overgriperen. Overgripere kan etablere en relasjon til den overgrepsutsatte, og for mange kan det være vanskelig å forstå hva slags forhold man er i. Informantene forteller at enkelte kan få følelser for overgriperen. Konsekvensene kan være mangefasettert og krever ekstra innsats og forståelse fra nærpersoner. Behandling og oppfølging i slike komplekse forhold krever trolig veiledning fra rådgiver med kompetanse innen SS og IT nivået.

... vi har () sett sånn fortvilelse ... () i den ene saken så oppfattet den utviklingshemmede personalet (overgriperen) som sin kjæreste på en måte, ikke sant. Så da den forbindelsen ble brutt, så får du også en fortvilelse, en kjærlighets sorg rett og slett, hvor det var utagering og sinne og frustrasjon og... ja. Det er klart, det er jo en naturlig reaksjon. Og da å trygge personalet på å møte den utviklingshemmede i forhold til at dette er en sorg, det er jo det. Det er en brutt relasjon. Vedkommende skjønner ikke hvorfor, ... hvorfor kan vi ikke være kjæresten, ikke sant. ...

Kartlegging er viktig for å kunne gi rett bistand. Det som topografisk kan observeres som overgrep, er ikke alltid det (Mørch, et al. 1993). Observasjon og kartlegging er generelle tiltak på P-nivået for å kunne igangsette riktige tiltak. Anamnese²⁴ kan være nødvendige å benytte på SS-nivået for å avklare om det er behov for behandling innen IT-nivået (Almås & Pirelli Benestad, 2006). En informant forteller at det ikke er sikkert at alle nødvendigvis opplever negative konsekvenser av overgrep, mens andre kan vise symptomer på store traumer.

²⁴ Anamnese forstås som innhenting av opplysninger fra ulike kilder for å beskrive pasientens historikk.

*...dette er en ganske utviklingshemmet mann, uten noe særlig verbalt språk... man prøver å finne ut av om ... dels om det faktisk har skjedd og dels om det er noen konsekvenser for han, dette her, som krever spesielle tiltak og ...det er veldig vanskelig å finne ut av. Og så har jeg to saker nå hvor det er snakk om ... hvor det ble meldt til oss som sak og ... det var overgrep mellom utviklingshemmede. .. Personalet opplevde det som overgrep. Eh... og så har vi gått inn i saken og så ser vi kanskje det handler mer om en slags utforskning av egen seksualitet. (Konsekvensene) kan være fra ingen ting, tilsynelatende, ikke noen reaksjoner på det (hos personen)...
... og så kan det... at de som virkelig får store psykologiske konsekvenser av å ha vært utsatt for () overgrep. Så det er ... ja. Det er nok hele spekteret altså.*

Reviktimisering er et tema som litteraturen (Lewis et al, 2000; Fagg, 2002; Hickson et al.,2008) og informantene trekker fram som fenomen ved overgrepssproblematikk . Finkelhor & Browne (1985) beskriver dette som sårbarhetsfaktorer hvis overgrepssforholdet har hatt preg av å være et ”kjærlighetsforhold”. Denne formen for overgrep kan føre til risiko for å komme inn i lignende forhold igjen. Pasienter kan ha vansker med å definere hva som er gode forhold, og hvilke forhold som kan ha en overgrepsskarakter. Noen av informantene viste til tiltak innen LI-nivået i PLISSIT, hvor pasienten fikk tilbud om å lære og sette grenser og stille krav til ”kjærester”.

Det som jeg opplever er at ... hm... de er seksuelt aktive .. kanskje veldig ukritiske... finner seg i mye mer av en partner .. og så har de på en måte det her med ... de har opplevd dette med seksuell nytelse. Overgriperen har vært ganske dyktig i å tilføre nytelse, ikke sant, ()... og dermed har de på en måte oppdaget kroppen sin på en annen måte. Og dette her med etter hvert bevisstheten på skamfølelse, skyldfølelse over det som har skjedd..... mange av de historiene som de kommer og forteller, oppleves som et normalt seksualliv (av pasienten, men)... det er jo veldig lett å tenke at dette er ikke normalt. Dette er ikke likeverdig. Nå blir de igjen utnyttet, men forstår ikke helt dette her, dette samspillet her. Fordi de har erfaringer ... en helt annen læringshistorie på det med seksualitet. Så det gjentar seg i den formen ... for å kunne være sammen med en partner, å ha en kjæreste.

En informant tror at utviklingshemmede som har vært utsatt for seksuelle overgrep, ofte kan oppleve seg selv som et devaluert menneske. Mange vil trolig gå langt for å holde på en kjæreste, selv om forholdet er ”hemmelig” og bærer preg av overgrep. Eastgate (2011) beskriver at undersøkelser indikerer at utviklingshemmede har samme lengsler og behov for intimitet og nærhet som alle andre mennesker. Men deres hjelpere holder fast ved en oppfatning om at utviklingshemmede er aseksuelle, eller som barn, når det gjelder seksualitet. Derfor kan utviklingshemmede ha ”hemmelige forhold”, noe som fører til særlig sårbarhet for disse menneskene. Konsekvenser som ofte kan oppstå er reviktimisering og misstillit til nærpasienter. De som skulle ha sett og trodd og handlet, sviktet da det gjaldt (Finkelhor & Browne,1985; Søftestad, 2005). Holdninger hos personalet kan bli satt på prøve i slike situasjoner. Mistanke om overgrep kan føre til følelsesmessig kaos og frustrasjon, og avvisning fra pasienten kan føre til tilbaketrekking fra personalet. Flere informanter la vekt på personalopplæring, som er tiltak innen P- og LI-nivået, for å forebygge ”kaos” ved slike situasjoner.

... men det er ganske dårlig forhold mellom henne og personalet. Ja, (misstillit) overfor personalet – for hun er ei jente med sterke meninger og som ikke ønsker å gjøre helt som personalet sier og så... så personalet sier at vi har så dårlig kjemi med

henne – og jeg tenker at det går ikke å si som personale. Da har man faktisk en jobb å gjøre. Så hun har det ikke så greit. Men nå har hun en kjæreste eh... der jeg tenker at det er han som ikke er så bra, at det er han som styrer veldig mye. Man må trygge folk i det å forholde seg til overgrep, fordi det er litt sånn at hvis man hører at noen kan ha vært utsatt for overgrep, så blir man litt panisk. For de vet ikke hvordan de skal forholde seg til den beboeren; hva kan vi snakke om, og hva kan vi ikke snakke om ...

4.3.5 Behandling, oppfølging og ”beste praksis”

Informantene underbygger resultatet fra litteraturundersøkelsen ved at alle mente at utviklingshemmede skal ha behandling og oppfølging etter å ha vært utsatte for seksuelle overgrep, slik flere beskriver (O’Callaghan et al. 2003; Murphy et al. 2007; Eastgate et al. 2011). Samtalebaserte metoder er beskrevet av Sequeira (2003) og van Nijnatten et. al. (2012) og forskningen understøtter informantens tanker om å benytte like metoder som til befolkningen forøvrig, men modifisert og tilpasset enkeltindividet. Slike tiltak er innen SS- og IT-nivået og det er nødvendig med bistand fra spesialisthelsetjenesten med tanke på kompetansekravet som PLISSIT krever.

Jeg synes det er vanskelig å skulle beskrive en ... en praksis, fordi det varierer mye i forhold til funksjonsnivået... hvordan man skal gripe det her an.... Men at det må tas tak i, det må det jo helt klart....lett utviklingshemmede kan () nyttiggjøre seg en form for samtalebaserte behandlingsmetoder... litt tilpasset selvsagt.. deres nivå.

Litteraturen (Lemmon et al. 2002; Hickson et. al. 2008), viste til at valg av behandlingsmetode stilte krav til behandleren om å utvise forsiktighet og være årvåken for pasientens behov. Den utvidete PLISSIT-modellen (se 2.2.1) spesifiserer hvordan hjelpere kan tilrettelegge for trygghet og mestring innen alle nivåer etter overgrep, og ivareta etiske aspekter som kreves av behandlere. En informant snakket om å ivareta de svakeste og ta deres signaler på alvor ved å vise til følgende eksempel:

...folk som er svaktfungerende og kanskje ikke har noe verbalspråk og ... og som man må tenke en annen form for tilnærming altså, for på en måte trygge dem. Jeg tror det mest handler om å trygge dem, på en måte og ...vise overfor dem at vi gjennomfører tiltak som skal sikre dem mot ikke å bli .. at dette ikke skjer igjen. Det vil jeg tro er noe av det de vil være mest opptatt av. Så...() det blir veldig individuelt ...hvordan man gjør det. ()...Det er jo noen som har vært utsatt for overgrep i drosje, så vi fikk beskjed om ei jente som kom til oss at hun ikke skal sendes i drosje...() Hun er redd for drosjesjåfører, fordi hun har hatt en opplevelse i forhold til det. () Så det er en sånn atferd som jeg tenker man skal ..at hun signaliserer noe med det, og da er det noe der som hun har erfart. Og dermed så... og det blir jo en kjempeviktig informasjon til de som da skal forholde seg til henne da hun skal flytte for seg selv. () Skal hun ta drosje så skal man gjøre det sammen med henne for å trygge henne i den situasjonen.

Litteraturen påpeker at mange aldri mottar tilbud om behandling. O’Callaghan et al.(2003), Murphy et al. (2007), og Eastgate et al. (2011) understreker hvor viktig det er at overgrepsutsatte får behandling og at pårørende og nærpå personer samtidig blir veiledet i hvordan de på beste måte kan hjelpe enkeltindividet til å komme over traume de har vært utsatt for. Informantene understreker det samme i intervjuene. En informant presiserer at det

ikke skal legges lokk på overgrepet, men plassere det i en historie. Informanten viste til hvor viktig det er for utviklingshemmede å bli trodd på og å få mulighet til å samtale om det som har skjedd. P- og LI-nivået i PLISSIT tilrettelegger for at tjenesteytere bistår den enkelte med å være tilstede her og nå og lytte til det som blir fortalt. Det er viktig å bli tatt på alvor, og noen ganger viser det seg at tiltak eller behandling ikke trenger stor innsats før pasienten opplever ny livskvalitet.

... en må tørre å gå inn i disse sakene. Og det å få en kontakt, slik at man kan få fram det som vedkommende går og bærer på, tenker jeg. Det er ikke gjort i en () undervisningsøkt over noen timer og da må man jobbe langsiktig. Og så gå inn med veiledning til de i personalgruppa som skal jobbe med de – det tenker jeg er kjempeviktig (for å)...øke deres forståelse for reaksjoner, atferd og den type ting som man kan se i disse sakene med utviklingshemmede som har vært utsatt for overgrep. Og trygge personalet på det å forholde seg til andres seksualitet.

...en av jentene som jeg hadde i en jentegruppe som sa at hun var blitt utsatt for overgrep av tanten sin fra hun var 7 til hun var 12 år.. Hmm... og da jeg fikk høre om det var det mange som (visste). .. da var hun 30 år. Men hun er ikke ferdig med dette. Hun er aldri blitt tatt på alvor... () det er ingen som har gjort noe i forhold til det. Og etter at jeg har hatt mange samtaler med henne har hun ... ()...det (var) nok for henne å få prate om det (med noen) som trodde på henne... Så er på en måte overgrepshistorien plassert. Og hun kunne etter at vi hadde snakket masse om dette, ... kunne hun greie å finne seg en kjæreste som hun ikke hadde kunnet gjort før. Hun hadde ikke kunnet... men nå greide hun å ha kjæreste.

På individnivå er ”beste praksis i behandling” beskrevet i litteraturen (Lemmon et al, 2002; Kroese et al, 2006; Lindsay et al. 2007) og av informantene som kognitive metoder og psyko-educative metoder. Psyko-educative metoder var et begrep litteraturen ikke direkte kom inn på. Slik KAT og psyko-educasjon er beskrevet, så virker det som om det er store likhetstrekk i tilnærmingen. Det handler om å tilføre mer kunnskaper om seg selv, lære selvregulering og å endre ”indre skjemaer” til adekvate atferdsvalg. Slik behandling kan foregå innen alle nivåer i PLISSIT. Informanten viser til at det er en utvikling i behandlingsmetodikk og forståelsesrammer.

...bruker veldig mye psyko-educasjon ...som metode for å få kommunikasjon i behandlingen. ()...pasienter skal ha diagnosekunnskap, de skal vite om diagnosen, symptomer, de skal få mestrings-strategier.... Nevrologi er også blitt et mye større tema, fordi man har sett dette med hjerneforandringer, ikke sant. I forhold til også psykiske lidelser, i forhold til at det skjer rent biologiske ting ()... for eksempel en depresjon... og sånne ting. De bedre fungerende har antagelig bedre nytte av å ... hvis de ikke allerede har god opplæring om seksualitet, så har de antageligvis nytte av å få det. Og ikke minst med grenser.. med å sette grenser ovenfor andre.()... dette med livskvalitet... Jeg tenker dette med å ... det å få støtte, det å få utviklet et positivt forhold til egen kropp, () og det å bli trygg på det å kunne sette en grense, det å kunne stole på folk, ... så jeg tenker opplæring og veiledning i forhold til hvordan forvalte sin egen seksualitet.

I litteraturen vises det til at mennesker som var utsatte for overgrep benyttet mer medikamenter enn en tilsvarende gruppe som ikke var utsatt for overgrep (Hickson et al. 2008). Medikalisering av pasienter etter seksuelle overgrep er tiltak innen IT-nivået i

PLISSIT. En informant opplyste om at dette ikke samsvarer med klinisk erfaring. Dette var et av få temaer hvor informantene ikke underbygget resultatene fra litteraturen .

Medikamenter... kan være et veldig godt verktøy i en periode. Men det som har overrasket meg litt, er at det er mer varsomhet i forhold til medikamenter i psykiatrien enn hva man hørte om tidligere. Altså man unngår for så vidt... så langt man kan medisiner.

Informantene er opptatt av målrettet miljøarbeid og grunnleggende tiltak innen P- og LI-nivået i PLISSIT-modellen. De påpeker at endringer av rammebetingelser er del av behandlingstilbudet, fordi det er forhold ved rammene til utviklingshemmede som gjør at livssituasjonen blir ekstra sårbar. En informant la vekt på at behandling må skje i samhandling med nettverket til den enkelte, og behandlingsplanen vil slik kunne få innslag av alle nivåene i PLISSIT.

For noen er det veldig sårbart... vi ser mange som vi i habiliteringstjenesten oppfatter har et mye større bistandsbehov enn det som åpenbart kommunene, eller bydelene mener. Og som, har ... ja... veldig lite bistand til tross for at man har... () en psykologisk utviklingsmessig alder på () en 4-5, 5-6 år - som da er overlatt til seg selv gode deler av døgnet. Og bare har folk innom seg noen timer om dagen. () Ehm.. og ja, både det at de kan bli utsatt for overgrep og at noen arbeider seg inn på dem, blir kjent i ulike sammenhenger, såkalte groomere... eller også tjenesteytere.

...man ser at alt kan ikke bare foregå i terapirommet. Fordi mange er lett utviklingshemmet. For eksempel mange av de som kommer til oss har store vansker, funksjonsvansker...()... så av og til kan det også være nødvendig å jobbe eksternt. Det er jo litt utradisjonelt i psykiatrien...()...man ser at kanskje personen hadde hatt godt av å bytte arbeidssted, eller bolig eller sånne ting. At det er nødvendig å ta opp dette her også i forhold til behandling.

4.2.6 Oppsummering

Informantene underbygget og utdypet resultatene av litteraturundersøkelsen. I all hovedsak er resultatene at overgrep kan oppleves av utviklingshemmede som traumatiske livshendelser, og behandlingstiltak bør iverksettes etter kriteriene for PTSD. Behandlingsmetodikken kan være lik det den øvrige befolkningen får tilbud om, men modifisert og tilpasset enkeltindividets funksjonsnivå. Informantene var noe mer nyanserte i vurderingen av om alle med utviklingshemming ble traumatisert etter seksuelle overgrep. De påpekte unisont at reaksjonene kan være fra ”alt til ingenting”. Slik bør det også vurderes individuelt hvilke tiltak og behandling som iverksettes til den enkelte som har vært utsatt for overgrep. Særskilte temaer som ble drøftet i intervjuene og som ikke kom fram i litteraturen, var benyttelse av psyko-edukasjon og PLISSIT-modellen. Sexologiske faktorer og opplæring innen forvaltning av egen seksualitet ble lite beskrevet i litteraturen. Dette er svakheter ved tidligere forskning som denne studien har funnet fram til. Sexologiske aspekter er fraværende, men bør i høyeste grad være nærværende innen temaet utviklingshemmede og seksuelle overgrep.

5 SAMMENFATTENDE ANALYSE OG DISKUSJON

Denne studien søker å finne hvilke konsekvenser det kan ha for mennesker med psykisk utviklingshemming å bli utsatt for seksuelle overgrep, og om det er beskrevet oppfølgingstiltak og behandlingstiltak som viser god effekt.

Det er generelt få studier som gir grunnlag for dokumentert empiri, fordi forskningen har metodologiske vansker både i forhold til etikk og at populasjonen mennesker med utviklingshemming er liten. De etiske utfordringene er for det første, at det er vanskelig å motta førstehånds opplysninger fra utviklingshemmede, fordi de ikke har samtykkekompetanse til å vurdere egen deltakelse i forskningsprosjekter. For det andre kan det være lite reliable data i studier som innhenter opplysninger fra andre hånds informanter (Hulbert-Williams, 2011). Allikevel vurderes studiene til å ha klinisk nytteverdi, og resultatene kan gi grunnlag for videre forskning.

Analysen og diskusjonen blir drøftet ut fra rammene i PLISSIT-modellen, fordi de ulike metodene som presenteres i studien er innen ulike nivåer av kompetansekrav, behandlingsstrategier og behandlingsinstitusjoner. Hovedtemaet er behandling etter seksuelle overgrep, med særlig vekt på resultatet av eliteintervjuene som trekker fram sexologiske faktorer som forvaltning- og gjenerobring av egen seksualitet.

5.1 Hva er god behandling etter seksuelle overgrep?

Resultatene i studien kan ikke vise til at det foreligger solid dokumentasjon for hva som er god behandling. Det er ikke beskrevet en ”beste praksis”, og informantene i eliteintervjuene viser til en eklektisk tilnærming til metodebruk. Allikevel kan forskningen konkludere med at det er noen metoder som utmerker seg. Litteraturundersøkelsen og informantene i eliteintervjuet påpekte at det er kognitive metoder som viser best effekt på å hjelpe overgrepsutsatte mennesker tilbake til en normalisering av hverdagen. Studier viser også at effekt av behandling etter overgrep kan sammenlignes med befolkningen for øvrig, og samme metoder kan benyttes (Lindsay, 2007).

Tiltak innen P- og LI-nivået i PLISSIT-modellen:

Litteraturstudien viste til at klassiske, psykoterapeutiske metoder ble benyttet innen oppfølging av mennesker med utviklingshemming. Sequeira (2006) fortalte om metoden ”talking therapies” og at ved noe moderering kunne utsatte utviklingshemmede dra nytte av det. En informant i eliteintervjuet fortalte også om et slikt case, hvor samtaler med kvinnen over noe tid førte til at hun fikk bedre livskvalitet. Eastgate (2011) har skrevet flere artikler om kvinner med utviklingshemming, seksualitet og seksuelle overgrep. Hun fortalte at kvinnene hadde et stort behov for å snakke om overgrepene de hadde vært utsatt for, men fikk ikke tilbud om samtaler og oppfølging.

Shabalala, (2011) forteller at ofre for overgrep bør bli spurt direkte om deres subjektive opplevelse av hendelsen. Det er nødvendig at terapeutiske intervensjoner tilbys enkeltindividene som har vært utsatt for overgrep. Som informantene påpekte, så skal det ikke legges lokk på hendelsen. Det er viktig med åpenhet og å la personen snakke om opplevelsen. van Nijnatten og Heestermans (2012) mente man måtte få fram de personlige historiene hos mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep for å hjelpe dem å komme videre i livet. Rådgivere kan hjelpe pasientene med utviklingshemming med å ta en aktiv rolle i samtaler

om seksualitet og re-konstruere en personlig historie. Metoden som ble benyttet var diskurs- og konversasjonsanalyse, og en person med autisme og lett utviklingshemming deltok i studien. Samtaler med overgrepstatsatte om de subjektive opplevelsene de har etter seksuelle overgrep dekkes innenfor P- og LI-nivåene i PLISSIT. Det kreves ingen spesiell kompetanse til rådgiver i slike samtaler. Målet er å lytte til den overgrepstatsatte og gi tillatelse til å fortelle om livshendelsen. Erfaringsmessig utvikles ”den gode samtalen” seg best hvis rådgiver benytter samtaleteknikker som beskrevet i ”motiverende intervju”-metodikken (Ivarsson, B.H., 2010). Motiverende intervju blir oftest benyttet for at rådsøker selv skal komme fram til tiltak som fører til atferdsendringer, og er kjent innen rus- og avhengighetsproblematikken. Mange utviklingshemmede som har vært utsatte for seksuelle overgrep mister tilliten til nærpåersoner og distanserer seg fra andre mennesker. Dette er konsekvenser som er beskrevet som kriterier for PTSD, og den det gjelder vil gjøre alt for å unngå aktiviteter som minner om traumat. Derfor kan samtalene med pasienten være krevende og vanskelige. Motiverende intervju tillater at pasienten selv snakker mest og slik kontrollerer innholdet i samtalen. Rådgiver følger en samtalestruktur som innebærer å gjenta det pasienten sier, stille spørsmål om man forstår pasienten riktig og spørsmål om å få komme med informasjon, samt konklusjon som kan være utgangspunkt for neste samtale og pasientmøte. Dette er en modifisert form av motiverende intervju som forfatteren erfarer har vist seg hensiktsmessig også i møte med utviklingshemmede.

Tiltak innen SS- og IT-nivået i PLISSIT-modellen:

Cooke (2003) benyttet metoden ”solution focused therapy” hvor det prinsipielle er at mennesker etter å ha vært utsatt for overgrep bruker dissosiering som en psykologisk mekanisme for å mestre trauma, stress og fortvilelse. Mekanismen fører til at de kan fungere følelsesmessig og kognitivt, men på et redusert nivå og med maladaptive responser. For å gjenopprette psykologisk helse, er det behov for å erkjenne situasjonen som den er og ”ta fram minner på en trygg måte”, restrukturere negative forhold og styrke egen evne til å få god livskvalitet. I dette ligger muligens elementer av *ACT* og *mindfulness*, som beskrevet av Anna Kåver (2006). Kompetansekravet innenfor disse nivåene i PLISSIT er spesialisthelsetjeneste.

Mevisen, Lievegoed, Seubert og DeJongh (2011) forteller om EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing) og hvilken effekt denne behandlingen hadde på to klienter med moderat utviklingshemming som hadde opplevd ”negative livshendelser”. EMDR er beskrevet å være en ”første linje behandling” for psykologiske trauma. Det er kjent fra klinisk praksis at noen psykologer forteller om god nytte av metoden. Det kreves at klinikerer tar kurs for å bli EMDR-sertifisert²⁵. Det er spesifikke opptakskrav for å bli sertifisert og behandlingen er innen IT-nivået i PLISSIT.

Mitchell&Clegg (2005) beskriver tre punkter som viktige som kliniske implikasjoner;

- 1) Utviklingshemmede som har vært utsatte for seksuelle overgrep har flere psykologiske forstyrrelser enn de som ikke har opplevd overgrep. Typen forstyrrelser er de samme som hos den øvrige befolkningen som har vært utsatt for overgrep.
- 2) Klinikere skal undersøke om pasienten har vært utsatt for seksuelle overgrep, hvis pasienten viser symptomer som atferdsforstyrrelser eller psykiske vansker.
- 3) Spesiell oppmerksomhet skal vises, hvis det er økning innen selvskading, uakseptabel seksuell atferd eller motstand mot fysisk kontakt, grunnet mulig sammenheng med at personen er utsatt for seksuelle overgrep.

²⁵ <http://www.emdrnorge.com/>

Løsningsfokusert behandling, ACT og mindfulness, EMDR og vurdering av øvrige kliniske implikasjoner etter seksuelle overgrep, krever at behandleren har kompetanse på spesialistnivå og utøves innen en helseinstitusjon.

5.2 Opplæringsprogram

Opplæringsprogrammer er generelt innen P- og LI-nivåene i PLISSIT. Lund (2011) foretok en litteraturoversikt som omhandlet service-programmer og intervensjon- og forebyggingsprogrammer for mennesker med utviklingshemming. Undersøkelsen avdekket et misforhold mellom etablerte programmer og at miljøene med individer med funksjonsnedsettelse ikke visste om programmene. Lund fant at få metoder om behandling etter overgrep for mennesker med funksjonsnedsettelse er blitt empirisk evaluert. Det er viktig å beskrive opplæringsprogram og foreta evalueringer som igjen kan føre til videre forskning (Fjeld, 2009). Morrisey et al (1997) har utviklet et sett med evidens-baserte kriterier for effektive program som er innen P- og LI-nivået i PLISSIT:

- Omfattende: Familie, venner, tjenesteytere; alle involverte deltar ved opplæring.
- Teoretisk basert: Teoretisk modell som forklarer problemer og utfordringer ved seksuelle overgrep (psyko-edukasjon²⁶).
- Intensiv: Korte og hyppige sesjoner (PLISSIT).
- Skreddersydde opplegg til enkeltindividet (basert på funksjonsnivå og kartlegging).
- Fokuset på utvikling av ferdigheter.
- Oppfølging etter kurs – og flere evalueringer.
- Brukermedvirkning: Deltagerne skal si noe om alle delene av kursene.

Slike råd er i samsvar med tidligere anbefalinger ved igangsetting av ”Brukerkurs” (Buttenschön, 1992; Mørch et al. 1993; Löfgren-Mårtensson, 2009). Eastgate, Van Driel, Lennox og Scheermeyer (2011) har lenge befattet seg med temaet utviklingshemmede og overgrep. Artiklene diskuterte omfattende kunnskapsmangel hos kvinnene når det gjaldt seksualitet og grenser, beskyttelsesstrategier, erfaringer med overgrep og alvorlige konsekvenser etter overgrep (Eastgate, 2005; 2008). Peckham (2007) påpekte at noen mennesker med utviklingshemming hadde lite erfaring med selvstendige valg, og det kunne føre til at personen ikke visste hvordan grenser settes for autoritetsfigurer eller andre nærpå personer som var involvert i livene deres. Hvis dette kartlegges bør dette være et moment i senere opplæringsprogram. Om tjenesteytere anvender PLISSIT-modellen kan de legge til rette for å etablere skreddersydde tiltak til den enkelte, som er basert på å lære ved konkretisering ved bilder, filmer, rollespill og samtaler. Sjekklisten til Morrisey et al. (1997) er slik sett innen P- og LI-nivåene i PLISSIT.

Krisesenteret i London (Fagg, 2002) la vekt på ulike sikkerhetstiltak og mulighet for å motta behandling og hjelp til å lære ferdigheter for å unngå reviktimisering. Senteret mener at overgrep i barndommen skal føre til psykoterapeutisk behandling, og ansatte skal trenes til å kunne behandle atferdsvansker hos klientene. Slike tiltak mangler i Norge, og SUMO-rapporten anbefaler flere tiltak for at overgrepsutsatte skal få bedre sikkerhet der de bor og få mulighet til bistand fra ordinære krisesentre (Zachariassen, 2013).

²⁶ Forfatterens tilføyelser i alle parenteser.

5.3 Psyko-edukasjon og Kognitiv Atferds Terapi (KAT)

Psykoedukasjon er en tilnæringsmåte innen psykososiale intervensjoner som har god effekt. *National Guidelines Clearinghouse (NGC)*²⁷ beskriver psykoedukasjon som del av kognitiv atferds terapi (KAT). Psykoedukasjon innebærer å få vite mest mulig om seg selv og sin egen tilstand, lære egenkontroll, hvordan motvirke engstelig uro, eksponering, lære ny atferd og vedlikeholdstrening av nye atferder. KAT er også beskrevet som evidens-baserte metoder innen sexologiske behandlingsmetoder (Landmark et al., 2012).

Informantene i studien la vekt på å foreta grundig kartlegging av enkeltindividet før igangsetting av tiltak etter overgrep. Innhenting av alle nødvendige opplysninger ved anamnese, hvor man innhenter kunnskap om grad av utviklingshemming, gjennom seksuell problem historie (Annon, 1978) og ved KroppKunn/SexKunn-kartlegging²⁸ (Falk, Lillebo, Solberg & Velema, 2010; Fjeld & Zacharassien, 2002; Eknes & Løkke, 2009) er viktig for å avgjøre læremålene til den enkelte.

Det følgende kan være en sjekkliste for å planlegge individuelle tiltak. Listen beskriver gradene av utviklingshemming (WHO, 2011), og forslag til læremål som er tilpasset nivåene:

Tabell 12: Forslag til læremål.

Grad av utviklingshemming:	Læremål:
Dyp/alvorlig grad av utviklingshemming	<ul style="list-style-type: none">TrygghetKroppenFølelserKontaktSansestimuleringSå langt som mulig beherske kroppens funksjoner (toalett/hygiene)
Moderat utviklingshemmet	<ul style="list-style-type: none">KroppenOnaniSeksuelle følelserKontaktformerSelvoppfatning/identitetSosioseksuell atferdOvergrepNettverk
Lett utviklingshemmet	<ul style="list-style-type: none">BevisstgjøringGjensidig kontaktBoformerSeksualitetGraviditetPrevensjon

²⁷ <http://guideline.gov/> (NGC er et offentlig ressurscenter for evidens-baserte retningslinjer innen klinisk praksis for helsetjenester).

²⁸ Verktøy for å kartlegge utviklingshemmedes kunnskaper om seksualitet og samliv, utviklet av ansatte ved habiliteringstjenesten i Hedmark.

- Ansvar/sette grenser
- Overgrep
- Identitet

Det er en utbredt oppfatning at mangelfulle seksuelle kunnskaper blant mennesker med utviklingshemming er årsaksfaktor til utsatthet for seksuelle overgrep . Det kan også være en årsaksfaktor til at noen utviklingshemmede selv kan bli seksuelle overgripere (McCabe & Cummins, 1996; Zachariassen, 2002; Eggen et al., 2009).

Behovet for å gi god og tilpasset seksualopplysning til mennesker med utviklingshemming påpekes ganske unisont i litteraturen. De vanskene som utviklingshemmede har med å overføre lærte ferdigheter fra en situasjon til en annen (generalisering) har vist seg å være en stor utfordring, og det trengs fortsatt utvikling av effektive opplæringsprogram, spesielt hva angår ferdigheter i å sette egne grenser og forstå andres grenser (Miltnerberger et al.,1999; Wachter, Macy, Barger & Parish, 2009; Fjeld, 2009). Ulike seksuelle orienteringer medfører utfordringer for mennesker med utviklingshemming. Homofile og trans-personer er ekstra sårbare og utsatt for krenkelser (Abbott, D., Howarth, J, 2005; Löfgren-Mårtensson, 2009; Stoffelen, 2013). Informantene i denne studien har påpekt at seksualopplysning og støtte til enkeltindividene er viktig innen behandling og oppfølging av utviklingshemmede etter seksuelle overgrep. Peckham (2007) hadde fokus på at nærpersoner måtte bli bedre rustet til å tørre å stå i relasjon til utviklingshemmede som hadde vært utsatt for overgrep. Informantene i denne studien mente også at det var viktig med opplæringsprogram til personalgrupper, slik at de kunne gi nødvendig støtte og hjelp. Og at de kunne ”tørre” å forholde seg til andres seksualitet og veilede mot en gjenerobring av egen seksualitet, noe som informantene mente var viktig.

Læremålene som er beskrevet er innenfor P og LI i PLISSIT-modellen og modell-læring og psyko-edukasjon er læringsverktøyene. Ved å implisere slike forhold i opplæringsprogrammene kan det være mulig å oppnå gode resultater, men aller viktigst er at nærpersoner og personalet blir opplært til å gjennomføre programmene, som informantene og litteraturen også påpeker (Lund, 2011). I Norge er det utviklet flere undervisningsprogram (vedlegg IV) som er i samsvar med PLISSIT og psyko-edukasjon.

Tiltak innen SS- og IP-nivåene i PLISSIT-modellen:

Tiltak som krever spesialistkompetanse og forankring i helsetjenesten kan være kognitive metoder som beskrevet av Lemmon og Mizes (2002). De benyttet eksponeringsterapi i behandling av overgrepsutsatte. Dette er en velkjent metode i klinisk praksis og regnes som effektive, gode metoder. Slike behandlingsprosedyrer benyttes i individualterapi der pasienten har angst og ubehag i ulike situasjoner. Sammen med pasienten finner man frem til et hierarki av hendelser som trigger redsel og angst. Deretter starter man med trening på områder som vekker minst ubehag, til måloppnåelse (pasienten føler ikke ubehag i situasjonen mer) og fortsette slik opp i hierarkiet til det området som vekker mest redsel og ubehag.

Det samme gjelder Kroese og Thomas (2006), som benyttet den kognitive metoden Imagery Rehearsal Therapy (IRT). Metoden er anbefalt i Best Practise Guide for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults (Journal of Clinical Sleep Medicine, 2010). Metoden består i å kartlegge pasientens drømmemønstre ved å skrive ned så detaljert som mulig hva marerittene handler om. Så ber behandleren pasienten om å finne en ny slutt på drømmen; ”hvordan ville du helst at drømmen skulle ende?” Ved å skrive om sitt eget mareritt opplevde klientene en markant reduksjon i hvor ofte de hadde mareritt og at marerittene til slutt opphørte.

Informantene i eliteintervjuet drøftet utfordringene med å definere hvilke atferdsvansker som kunne tolkes som tegn på å være utsatt for overgrep og atferd som kunne være karakteristisk for personen med utviklingshemming, uten at det lå en overgrepshistorikk bak. Mehtar og Mukaddes (2011) har gjort en undersøkelse som er viktig for slik klinisk intervensjon. Utvalget til forskerne var mennesker med autisme. Konklusjonen var at man må ha detaljerte kunnskaper om atferds- og emosjonelle problemer i gruppen individer med autisme for å unngå feildiagnostisering. Det samme vil gjelde andre grupper med funksjonsnedsettelse. Diagnostisk overskygging er et tema som bør ha oppmerksomhet (Eknes, J., Bakken, T.L., Løkke, J.A., Mæhle, I., 2008; Syversen & Sæbøe, 2009). Det betyr at behandleren må ha kunnskaper og verktøy for å definere hva som forårsaker hvilke vansker. Problematikken er en høyaktuell problemstilling og er en sårbarhetsfaktor for mennesker med utviklingshemming. Hypotesen kan være at overgrep ikke blir avdekket, fordi hjelpere tolker atferd som del av utviklingshemmingen og ikke som tegn på å være overgrepsutsatt.

5.4 Gjenerobring av seksualitet

I eliteintervjuene ble det flere ganger tatt opp at mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep opplever vansker med seksualfunksjoner og ikke lenger mestrer å ha et nært forhold med andre. På dette området var det en vesensforskjell mellom litteraturundersøkelsen og eliteintervjuet. Litteraturen drøftet i liten grad sexologiske sider ved å være overgrepsutsatt. Flere av informantene tok flere ganger opp hva man kan gjøre for å bistå disse menneskene til å få gode relasjoner og et godt seksualliv igjen. Den overgrepsutsatte skal ”greie å finne seg en kjæreste igjen” med referanse til informanten i eliteintervjuet. Tiltak som beskrevet her er innen P- og LI-nivåene.

Kaufman, Silverberg & Odette (2003) og Wachter, Macy, Barger & Parish (2009) beskriver hvordan overgrepsutsatte kan gjenerobre en god seksualitet. Det er avhengig av rammer som om personen er i et forhold eller har et nettverk som kan bistå i prosessen. Det som først må avklares er at overgrepene ikke er personens skyld. Ambivalente følelser eller negative tanker om kroppen er generelt vanlig hos mennesker med funksjonsnedsettelser, hevder forfatterne (IBID). Disse personene har kanskje gjennom lang tid lært at kroppene er ”ufullstendige”, og mange kan beskrive en oppfattelse av at kroppene ikke tilhører dem selv. Det er behov for kommunikasjonsmetoder for å formidle at ”du er bra nok” og at det er viktig å få et eieforhold til egen kropp og egen seksualitet (Kaufman, 2003). Til dette trengs øvelser for å se på kroppen på en positiv måte som å se på fine bilder av seg selv og gi seg selv komplimenter. Det handler om nyskriving av egen historie (Lundby, G., 1998). Slike forholdsvis enkle tiltak kan føre til at personen litt etter litt lærer å få tilbake følelsen av egenverd og kan mestre å kreve respekt fra andre. Wachter (2009) påpeker at det er viktig at personen lærer å si nei til seksuelle handlinger, da det kan føre til at personen senere kan si ja når en selv virkelig vil, og ikke lar andre avgjøre for en. Det kan også være lurt å ta pause fra seksuell aktivitet som medfører samleie og så litt etter litt lære nye måter å ha seksuell aktivitet på som ikke oppleves som ”tvang” og som eventuelt fører til negative opplevelser. Seksuell utforskning skal ha et positivt fortegn og er innen Tillatelse-nivået (Annon, 1976). Rådet er å starte langsomt med å se på kroppen i et speil, beskrive seg selv på en positiv måte, stryke på deg selv som en form for sensualitetstrening, men uten en partner, og så skal personen stoppe når ”følelsen” forteller at man ikke skal gå lenger. Slik gjennomføres en ”date with yourself”.

Hvis den utviklingshemmede personen har en partner, er det viktig for rådgiver å gi informasjon om hvordan paret kan ha god kommunikasjon. Den overgrepsutsatte må fortelle hva som er ønsket av partneren. Det er ikke nødvendig å fortelle om all historikk, men nok til

at partneren forstår situasjonen. Igjen er det viktig å mestre å si nei til partneren før samtykke til nærhet og seksuell aktivitet. Kaufmann (2003) og Wachter (2009) beskriver anbefalinger om å øve på forhånd hva som skal sies. Egne forsterkningsprosedyrer legges i at man sier til seg selv ”du har fortjent alt det beste fra deg selv og partneren din”. Personen bør arbeide mot endret syn av egen kropp og forme indre skjemaer med svar på ”Hva med meg er bra? Hva liker jeg? Hva kan få andre til å finne meg attraktiv?”. Hvis personen aldri har tillatt deg selv seksuelle følelser, så er det et viktig mål å hente fram disse følelsene fram og gi seg selv tillatelse.

Terapien bør vektlegge at personen har en fortrolig å snakke med og behandleren bør anbefale praktiske øvelser som å bli kjent med egen kropp og egne seksuelle følelser ved å se og kjenne på seg selv. Masturbasjon er en del av dette. ”Sex alene” er hensiktsmessig, mener Wachter et. al., (2009), fordi man da kan starte og slutte som man selv ønsker. Det er individet selv som har full kontroll, og det er ikke farlig å kjenne på negative følelser, bare disse følelsene ikke tar over for de gode følelsene rundt det å utøve seksuell aktivitet.

Sex, seksualitet og nærhet skal utløse gode følelser hos den enkelte.

6 KONKLUSJON

Denne studien er viktig for alle som arbeider med mennesker med utviklingshemming. Personalets holdninger og profesjonelle script kan føre til sårbarhet for den utviklingshemmede for å bli utsatt for overgrep (Homer-Johnson, 2006; Cambridge, 2011; Löfgren-Mårtensson, 2013). Undersøkelsen dokumenterer at det er samstemthet i nyere forskning at det forårsaker konsekvenser for utviklingshemmede å bli utsatt for seksuelle overgrep. Det er ikke konsensus om at alle opplever like store følger av slike livshendelser. Hva som fører til trauma for en person, kan oppleves som en mindre hendelse for en annen. Det er viktig å vite at forholdsvis små hendelser kan forårsake store traumer for mennesker med utviklingshemming. Hjelpere må være klar over dette, og forsøke å forebygge at det skjer overgrep (Haseltine, 1990; Bruder, 2005; Khemka, 2005; Beadle-Brown, 2010). Forebygging kan bety å lære utviklingshemmede mestringsstrategier for å vite hva man gjør i krisestuasjoner. SUMO-rapporten viser til noe verktøy som kan være til hjelp i forebygging og krisesituasjoner (Zachariassen, 2013). Ved mistanke eller avveking av overgrep skal alle vite hva som kreves av handling. Systemtiltak er å iverksette tiltak som fører til umiddelbar opplevelse av trygghet for den utsatte (Finstad et al., 2009).

Studien konkluderer med at alle bør tilbys behandling, men tilpasset sitt funksjonsnivå. Metoder som benyttes allment, kan også benyttes til utviklingshemmede, men modifisert til den enkelte. ”Alle” kontaktpersoner kan ha oppgaver og bidra innen støtte- og behandlingsforløpet. Den beste behandlingen skjer ikke alltid inne i et terapirom, men like mye i hverdagen til den utsatte. Ved å benytte kognitive metoder og psyko-edukasjon i det teoretiske rammeverket til PLISSIT-modellen, er en ”beste praksis” iverksatt. Dette er de kliniske implikasjonene for tiltak etter seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemming som denne studien kan henlede oppmerksomheten mot. Forskningsbasert empiri mangler både i bredde og dybde, så den endelige konklusjonen er at det er påkrevet med ytterligere forskning før man har et bedre svar på problemstillingene om hvilke konsekvenser det har for utviklingshemmede å bli utsatt for overgrep og hva som kan være beste behandlingsmetodikk for å gjenerobre egenverdet og seksualiteten.

I all forskning kan det foreligge bias og feilkilder, fordi det kan være variabler som forskeren overser, og som kunne ha påvirket resultatene og konklusjonen. Forfatteren tar forbehold om at det kan forekomme feil og mangler i studien, eksempelvis at det har fremkommet forskningsresultater etter siste litteratursøk som kunne endret resultatene.

Referanseliste

Abbott, D. & Howarth, J. (2005). *Secret loves, hidden lives? Exploring issues for people with learning difficulties who are gay, lesbian or bisexual*. Bristol: The Policy Press.

Almås, E. & Pirelli Benestad E.E. (2004). *Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer*. Del 1. Tidsskrift norsk psykologiforening, 41, 2-9.

Almås, E. & Pirelli Benestad E. E. (2004). *Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer*. Del 2. Tidsskrift norsk psykologiforening, 41, 188-194.

Almås, E. & Pirelli Benestad E.E. (2006). *Sexologi i praksis*. 2. utg. Universitetsforlaget.

Almås, E. & Hildebrand, A. (2003). *Fra trakt til pyramide – Plissit-modellen som utgangspunkt for planlegging av sexologisk behandling og utdanning*. Sexologi, 1-2003.

Annon, J.& Robinson, C.H. (1976). *The use of vicarious learning in the treatment of sexual concerns*. Handbook of sexual therapy. New York: Harper&Row.

Annon, J. (1976). *The PLISSIT modell. A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems*. Journal of Sex Education and Therapy, 2 (2), 1-15.

Askheim, O.P., Altmann, L., Gardli, K., Hasvold, T. (2010). *Empowerment: Ansikt til ansikt gir innsikt*. Fontene- Et tidsskrift fra FO, 02/10.

Bandura A. (1977). *A social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.

Barne- ungdoms og familiedirektoratet (2013). *Slik har jeg det i dag*. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming. Rapport 1-2013. BUFDIR.

Barstad, B. (2006). *Seksualitet og utviklingshemming*. Universitetsforlaget.

Beadle-Brown, J., Mansell, J., Cambridge, P., Milne, A., & Whelton, B. (2010). Adult Protection of People with Intellectual Disabilities: Incidence, Nature and Responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23: 573–584.

Bogetun, G., Kristiansen, H. & Ovrud, T. (2013). *Håndbok: Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep*. Finnmark: Helse Nord RHF

Bruder C., & Kroese S. B.(2005). *“The efficacy of interventions designed to prevent and protect people with intellectual disabilities from sexual abuse: a review of the literature”*. The Journal of Adult Protection, 2005.

Bowlby, D. (1998) *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Brown, H. (2003). *Safeguarding adults and children with disabilities against abuse*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Brown, H. (2003). *Vern av funksjonshemmede mot overgrep. Presentasjon av Europarådets rapport med anbefalinger til medlemslandene*. I: Statens råd for funksjonshemmede (2003).

Buđdir (2013). *Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming*. Rapport I-2013. Buđdir 2013.

Buttenschøn, J. (1992). *Sexologi. En bog om utviklingshæmmede menneskers seksualitet skrevet for professionelle og forældre*. E.I.B.A. - PRESS (European Institute for Behaviour Analysis), 1992.

Cambridge, P., Beadle-Brown, J., Milne, A., Mansell, J., & Whelton, B. (2011). *Patterns of Risk in Adult Protection Referrals for Sexual Abuse and People with Intellectual Disability*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24: 118–132.

Cooke, L., (2003). Treating the sequelae of abuse in adults with learning disabilities. *The British Journal of Developmental Disabilities*.

Daneback, K., & Plantin, L. (red.) (2008). *Research on Parenthood and the Internet: Themes and Trends*. *Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 2(2), article 2.

Eastgate, G., Van Driel, L.M., Lennox, N., Scheermeyer, E., (2011). *Woman with intellectual disabilities; a study of sexuality, sexual abuse and protection skills*. Australian Family Physician.

Egemo-Helm, K.R., Miltenberger, R.G., Knudson, P., Finstrom, N., Jostad, C., Johnson, B. (2007). *An Evaluation of in situ training to Teach Sexual Abuse Prevention Skills to Woman with Mental Retardation*. *Behavioral Interventions*. 22: 99-119.

Eknes, J., Bakken, T.L, Løkke, J.A., Mæhle, I. (2008). *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo. Universitetsforlaget.

Eknes, J., & Løkke, J. A. (2009). *Utviklingshemming og habilitering: innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., Welle, S., & Zachariassen, P. (2009). *Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging*. Hamar: Helse Sør-Øst.

Fagg, M. (2002). The Beverly Lewis House – report on development of a safe facility for mentally handicapped woman with abuse histories. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*.

Falk, A., Lillebo, M.Z., Solberg A., & Velema, E., (2010). *KroppKunn. En idebok for arbeidet med barns kunnskap om kropp, pubertet, hygiene, følelser og venner og kjærester*. Hamar: Sykehuset Innlandet HF.

- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). *A traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization*. American Journal of Orthopsychiatry, nr. 55, s. 530-541.
- Finstad, J., Fredheim, T., Grønnerud, E.M.K., Stubstad, B., Vandbakk, M., & Aasen, B. (2009). *Grunnlagsarbeid for å fremme systematisk og kvalitativ tjenesteyting - Samsvar mellombrukers behov, vedtak og tilbud*. Hamar: Helse Sør-Øst.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. Utgave, 1 opplag. Bokforlaget Natur och Kultur.
- Foucault, Michael. *Sexualitetens historia. Viljan att veta*. Uddevalla: Bokförlaget Daidalos.
- Fjeld, W., Zachariassen, P. & Fiske, A. (2000). SexKunn testen – et tilpasset hjelpemiddel for kartlegging av kunnskap om seksualitet. Hamar: Habiliteringstjenesten i Hedmark.
- Fjeld, W. (2001). Veileder til opplæringsprogram - utviklingshemmede, samliv og seksualitet. Hamar: Habiliteringstjenesten i Hedmark.
- Fjeld, W. (2009). Mennesker med utviklingshemning og seksualitet: hvordan undervise og veilede? *Spesialpedagogikk*, 74 (3), 26-35.
- Fjeld, W., Lunde H., Væren, B., Zachariassen, P. (2011). *Kjærlighet for alle?* Psykologisk tidsskrift. NTNU. 01, 36-42.
- Fjermeros, H. (2009). *Åndssvak! Et bidrag til sentralinstitusjonenes og åndssvakeforsorgens kulturhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Furey, E. M., Niesen, J. J., & Strauch, J. D. (1994). *Abuse and neglect of adults with mental retardation in different residential settings*. Behavioral Interventions, 9(4), 199-211.
- Grøvdal, Y. (2013). Vold og overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming (upublisert manus). NKVTS.
- Harris, R. (2009). *ACT with love*. Newharbingerpublications, Inc.
- Haseltine, B., & Miltenberger, R.G. (1990). Teaching self-protection skills to persons with mental retardation. American Journal on Mental Retardation, 95, 188-197.
- Haugen, T. (2007). *Voksne som ble utsatt for vedvarende seksuelle overgrep i barndommen – Problemområder; behandling og endring*. Norges Teknisk Naturvitenskaplige Universitet (NTNU), 2007.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. (1996). *Experiential avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(6): 1152-68.
- Hergenhahn, B. R. (1982) *An introduction to theories of learning*. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J.

Hickson, L., Khemka, I., Golden, H., Chatzistyli, A. (2008). *Profiles of Women Who Have Mental Retardation With and Without a Documented History of Abuse*. American Journal On Mental Retardation.

Holden, B. (2009). *Utfordrende atferd og utviklingshemning. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Gyldendal Akademisk.

Horner-Johnson, W. & Drum, C.E. (2006). *Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research*. Mental Retardation and Developmental Disabilities, 12: 57-96.

Howe, A., Høium, K., Kvernmo, G., Knutsen, I.R. (2005). *Studenten som forsker i utdanning og yrke. Vitenskapelig tenkning og metodebruk*. Høgskolen i Akershus.

Hulbert-Williams, L., Hastings, R.P., Crowe, R., Pemberton, J. (2011). *Self-report Life Events, Social Support and Psychological Problems in Adults with Intellectual Disabilities*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.

Ivarsson, B.H., (2010). *MI Motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse og omsorgssektoren*. Gothia Forlag.

Jahoda, A., Dagnan, D., Jarvie, P., Kerr, W.(2006). *Depression, Social Context and Cognitive Behavioral Therapy for People who have Intellectual Disabilities*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19. 81-89.

Jakobsen, T. (2007). *Vi vil, vi vil, men får vi det til?: levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemning* (No. Rapport IS-1456). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Johannesen A, Tufte P.A., Kristoffersen, L.(2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag AS.

Jones, V., Davies, R., Jenkins, R. (2004). *Self-harm by people with learning difficulties: Something to be expected or investigated?* Disability & Society.

Kaufman, M., Silverberg, C. & Odette, F. (2003). *The Ultimate Guide to Sex and Disability - For all of us who live with disabilities, chronic pain & illness*. San Francisco: Cleis Press Inc.

Khemka, I., Hickson, L., & Reynolds, G. (2005). *Evaluation of a decision-making curriculum designed to empower women with mental retardation to resist abuse*. American Journal on Mental Retardation, 110(3), 193-204.

Kirk Muff, E. (2001). *Seksuelle overgrep på mennesker med handicap – et litteraturstudie*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Kirkengen, A.L. (2005). "Hvordan krenkede barn blir syke voksne". Universitetsforlaget.

Kroese & Thomas (2006). *Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability – Two Descriptive Case*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities Studies.

Kuosmanen, J. & Starke, M. (2011). *Women and Men With Intellectual Disabilities Who Sell or Trade Sex: Voices From the Professionals*. Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 10: 129-149.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications Inc.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.

Kvam, M.H. (2003). *Seksuelle overgrep mot barn med funksjonshemming: Sammendrag basert på fire forskningsrapporter*. Oslo: Redd barna.

Kåver, A. (2006). *KBT i utvæcling. En introduction till kognitiv beteendeterapi*. Natur&Kultur.

Landmark, B. (2012). Rapport, nr. 2 -2012; "*Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*". Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.

Langfeldt, T. (1993). *Sexologi*. Ad Notam Gyldendal A/S, 1993.

Lemmon & Mizes (2002). Effectiveness of Exposure Therapy: A Case Study of Posttraumatic Stress Disorder and Mental Retardation. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Lewis, C.F., & Stanley, C.R. (2000). *Woman accused of sexual offenses*. Behavioral Sciences & the Law.

Linde, S. (2011). *Tilpasset turnus = lavere sykefravær – lavere kostnader – flere fagfolk – bedre tjenester*. SOR Rapport, 1: 27-35.

Lundberg PO & Löfgren-Mårtensson L (red) (2010) *Sexologi*. Falköping: Almqvist & Wiksell Medicin, Liber Förlag.

Lundby, G. (1998). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.

Lovdata (2013). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) [Online]. Webadresse: <http://www.lovdata.no/all/tl-20110624-030-009.html> [19.02.2013]

Lieungh, A. (2001). *Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. [Oslo]: Sosial- og helsedepartementet.

Lindsay, W.R., & Skene, S.D. (2007). *The Beck Depression Inventory II and the Beck Anxiety Inventory in People with Intellectual Disabilities: Factor Analyses and Group Data*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.

Lund, E.M. (2011). *Community-Based Services and Interventions for Adults with Disabilities who have Experienced Interpersonal Violence: A Review of the Literature*. Trauma Violence & Abuse.

- Löfgren-Mårtenson, L. (2003). *"Får jag lov?": om sexualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning*. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Löfgren-Mårtensson, L. (2005). *Kärlek.nu: om internet och unga med utvecklingsstörning*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2009). *The Invisibility of Young Homosexual Women and Men with Intellectual Disabilities*. *Sexuality and Disability*, 27: 21-26.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2009). *Hur gör man? Om sex- och samlevnadskunnskap i särskolan*. Argument.
- Löfgren-Mårtensson, L. (2013). *Sexualitet*. Liber.
- Mansell, S., Sobsey, D., Calder, P. (1992). *Sexual abuse treatment for persons with with developmental disabilities*. *Professional Psychology: Research and Practise*, 23 (5), 404-409.
- Mansell, S. & Sobsey, D. (2001). *The Aurora Project. Counselling People with Developmental Disabilities Who Have Been Sexually Abused*. New York: NADD Press.
- Matich-Maroney (2003). *Mental health implications for sexually abused adults with mental retardation: some clinical research findings*. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*.
- Martorell, A. & Tsakanikos, E. (2008). *Traumatic experiences and life events in people with intellectual disability*. *Current Opinion in Psychiatry*.
- McCabe, M. & Cummins, R. (1996). *The Sexual Knowledge, Experience, Feelings and Needs of People with Mild Intellectual Disability*. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31: 13-22.
- McCabe, M.P. (1999). *Sexual Knowledge, Experience and Feelings Among People with Disability*. *Sexuality and Disability*, 17 (2): 157-170.
- Mehtar, M. & Mukaddes, N.M. (2011). *Posttraumatisk Stress Disorder in Individuals with diagnosis of Autistic Spectrum Disorders*. *Research in Autism Spectrum Disorders*.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., De Jongh, A. (2011). *Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment?* *Journal of Intellectual & Developmental Disability*.
- Miltenberger, R.G., Roberts, J.A., Ellingson, S., Galensky, T., Rapp, J.T., Long, E.S., & Lumley, V.A. (1999). *Training and generalization of sexual abuse prevention skills for women with mental retardation*. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 32(3): 385–388.
- Mitchell & Clegg (2005). *Is Post-Traumatic Stress Disorder a helpful Concept for adults with intellectual disability?* *Journal of Intellectual Disability Research*.

NOU:1991:20. *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming*. Oslo.Sosialdepartementet.

Murphy, G. & O'Callaghan, A. (2004). *Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships*. *Psychological Medicine*, 34: 1347-1357.

Murphy, G.H., O'Callaghan, A.C., Clare, I.C.H. (2007). *The impact of alleged abuse on behavior in adults with severe intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disability Research*.

Morrisey, E., Wanderman, A., Seybolt, D., Nation, M., Crusto, C.,&Davino, K. (1997). *Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluator and practitioner perspectives*. *Evaluation and Program Planning*, 20, 367-377.

Mørch, W.T., Skår, J. Andersgaard, A.B., Syse, A. (1993). *Seksualitet og psykisk utviklingshemming. Opplæring, behandling og juridiske problemstillinger*. Ad Notam Gyldendal A/S, 1993.

Miltenberger, R.G., Roberts, J.A., Ellingson, S., Galensky, T., Rapp, J.T., Long, E.S.,& Lumley, V.A. (1999). *Training and generalization of sexual abuse prevention skills for woman with mental retardation*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 385-388.

Nettelbeck, T. &Wilson, C. (2002). *Personal vulnerability to victimization of people with retardation*. *Trauma, Violence&Abuse*, 3, 289-306.

O'Callaghan, A.C. & Murphy, G. (2003). *The impact of abuse on men and woman with severe learning disabilities and their families*. *British Journal of Learning Disabilities*.

Peckham, N.G., Hawlett, S., Corbett, A. (2007). *Evaluating a survivors group Pilot for Woman with Significant Intellectual Disabilities Who have been Sexually Abused*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.

Pedersen, W. (2005). *Nye seksualiteter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Petersilia, J.R. (2001). *Crime Victims with Developmental Disabilities: A Review Essay*. *Criminal Justice and Behavior*, 28 (6): 655-694.

Piaget, J. (1969). *The Mechanisms of Perceptions*.London: Ruthledge&Kegan Paul.

Pipping. L. (2010). *Kärlek och stålull. Om att växa upp med en utvecklingsstörd mamma*. Gothia Forlag.

Plantin, L & Månsson, S-A. (red.)(2012). *Sexualitets-studier*. Liber AB.

Ramsøy-Halle, H. (2010). *It is cool to have a friend*. Trondheim. Masteroppgave NTNU.

Rønbeck, A,L, (red.) (2013). *Inspirert av Foucault. Diskusjoner om nyere pedagogisk empiri*. Fagbokforlaget.

Schalock, R., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H. E., et al. (2007). *Perspectives - The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability*.

Simon, W. & Gagnon, J. H. (1986) Sexual Scripts: Permanence and Change. I: *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 15, no 2.

Sequeira, H. & Hollins, S. (2003). *Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review*. The British Journal of Psychiatry.

Sequeira, H., Howlin, P. & Hollins, S. (2003). *Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities*. The British Journal of Psychiatry.

Sequeira, H. (2006). *Implications for practice: research into the effects of sexual abuse on adults with intellectual disabilities*. The Journal of Adult Protection.

Shabalala & Jasson (2011). *PTSD symptoms in intellectual disabled victims of sexual assault*. South African Journal of Psychology.

Sobsey, S. (1994). *Sexual abuse of individuals with intellectual disability*. I Craft, A. (red.): Practice issues in Sexuality and learning disabilities. London: Routledge.

Statens Helsetilsyn (2011). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*.

Stoffelen, J., Kok, G., Hospers, H., Curfs, L.M.G. (2013). *Homosexuality among people with a mild intellectual disability: an explorative study on the lived experiences of homosexual people in the Netherlands with a mild intellectual disability*. Journal of Intellectual Disability research.

Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep – fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft*. Universitetsforlaget.

Søftestad, S. (2008). *Avdekking av seksuelle overgrep. Veier ut av fortielsen*. Universitetsforlaget.

Syversen, M.T. & Sævik, S. (2009). *De utsatte barna. En kvalitativ studie basert på litteratur og intervju om seksuelle overgrep mot barn og unge med utviklingshemming*. Universitetet i Oslo.

Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., Milligan, V. (2006). *An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities*. Journal of Intellectual Disability Research.

Træen, B. & Lewin, B.(eds.)(2008). *Sexology in Context*. Universitetsforlaget.

van Nijnatten, C. & Heestermans, M. (2012). *Communicative empowerment of people with intellectual disability*. Journal of Intellectual & Developmental Disability.

Zachariassen, P. (2002). *Kartlegging av kunnskaper om seksualitet hos mennesker med psykisk utviklingshemming*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40 (2): 102-108.

Zachariassen, P. (2013). *Prosjektrapport: Etablering av rutiner for forebygging, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming* (SUMO-prosjektet). BLD/NAKU.no

Wacher, J., Macy, R., Barger, E., Parish, S. (2009). *Sexual Assault Prevention for Woman With Intellectual Disabilities: A Critical review of the Evidence*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 4 s. 249-262.

Wigham, S., Hatton, C., Taylor, J.L. (2011). *The Effects of Traumatizing Life Events on People With Intellectual Disabilities: A Systematic Review*. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*.

Williams, C. (1995). *Invisible victims: crime and abuse against people with learning disabilities*. London: Jessica Kingsley.

Wilner, P. (2006). *Readiness for Cognitive Therapy in People with Intellectual Disabilities*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 5-16.

Vedlegg I: Brev til informanter.

Hamar, 15. mars 2013.

Kjære kollega!

Jeg arbeider med en masterstudie i sexologi ved MAH; Malmö Almenna Högskola (Malmö Universitet). Mange av dere vet at jeg ble skuffet over utsiktene til bare å gjøre en litteraturstudie om konsekvenser og oppfølging av utviklingshemmede etter overgrep.

Så etter at jeg fant igjen en masteroppgave fra UIO som beskriver en metode med triangulering hvor en del er en litteraturstudie og en del er "eliteintervju", så bestemte jeg at jeg vil gjøre oppgaven på den måten. Eliteintervju (Kvale&Brinkmann, 2009) er å snakke med personer med spesiell kunnskap om et tema for å få informasjon om "beste praksis".

Tittelen på studien er Oppfølging og behandling av utviklingshemmede etter seksuelle overgrep. -En kvalitativ studie basert på litteratur og eliteintervju.

I den forbindelse spør jeg deg om du har anledning til å bli intervjuet av meg ved et møte, på skype eller over telefon?

Intervjuet er et semi-strukturert intervju med følgende spørsmål:

1. Hva er dine erfaringer med oppfølging av utviklingshemmede etter overgrep?
2. Hvor mange saker har du hatt de siste 5 årene?
3. Hva er likhetstrekk i sakene?
4. Hva er ulikheter i sakene?
5. Mener du at det er metoder som utmerker seg som spesielt anvendbare i å følge opp mennesker med utviklingshemming etter seksuelle overgrep?

Spørsmålene er ment å være grunnlaget for intervjuet, men du står fritt til å legge fram det du anser som viktig i slike saker.

Informasjonen din vil bli anonymisert og du vil få anledning til å lese teksten og rette den før jeg avleverer oppgaven. Den skal sendes MAH 20. mai.

Jeg vil gjøre lydopptak av intervjuet, og dette opptaket vil slettes umiddelbart etter transkribering av intervjuet.

Du kan svare meg på mail og slik samtykker du til å delta med underskriften din, eller du skriver under ved frammøte (hvis vi får til det). Gi meg beskjed snarest, eller innen 1. april.

Vennlig hilsen,

Wenche Fjeld.

Vedlegg II: TABELLER

Resultater fra litteratursøket med forfattere, full tittel, tidsskrift, årstall, metode og resultat.

Tabell 1:

Kategori "Oppfølging og behandling av utviklingshemmede ofre etter overgrep" 9 artikler

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Årstall	Metode	Resultater
Lemmon, Mizes	Effectiveness of Exposure Therapy: A Case Study of Posttraumatic Stress Disorder and Mental Retardation	Cognitive and Behavioral Practice	2002	Singel case, klinisk studie. Eksponeringsterapi.	Målatferder redusert betydelig etter 22 sesjoner.
Cooke	Treating the sequelae of abuse in adults with learning disabilities	The British Journal of Developmental Disabilities	2003	To case studier. Psykotераpeutisk metode	Endringsfokustert rådgivning
Kroese og Thomas	Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability – Two Descriptive Case Studies	JOURNAL OF APPLIED RESEARCH IN INTELLECTUAL DISABILITIES.	2006	To case- studier. Kognitiv metode.	Benyttet Imagery Rehearsal Therapy Signifikant reduksjon av målatferd med generalisering til våkent liv.
Peckham	Evaluating a survivors group Pilot for Woman with Significant Intellectual Disabilities Who have been Sexually Abused	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	2007	."A repeated-measures design" som innebar en dobbel baseline, data fra midt i behandlingen, etter behandlingen og med oppfølgingsdata. Opplæringsprogram.	Forbedringer etter 5 mnd, 20 behandlinger, parallelt med at deres hjelpere deltok i en "undervisnings-support- gruppe". Verken selvilde eller sinne endret seg og utfordrende atferd økte i begynnelsen av behandlingen for senere å bedre seg.
Lindsay & Skene.	The Beck Depression Inventory II and the Beck Anxiety Inventory in People with Intellectual Disabilities: Factor Analyses and Group Data	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	2007	Validering av BAI og BDI-II til bruk for IF	Systematisk utprøving av 108 deltagere med IF, og tilpasning til IF
Mevisen et al.	Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment?	Journal of Intellectual & Developmental Disability	2011	8-fase protokoll av EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing)	PTSD-symptomer minsket etter kun 6 og 5 behandlinger og resultatene ble opprettholdt ved 32 og 10 måneders oppfølging.
Lund E.M.	Community-Based Services and Interventions for Adults with	Trauma Violence & Abuse	2011	Litteraturoversikt fra 1995-2010.	16 artikler; 6 relatert til service program 10 relatert til intervensjon og forebyggingsprogram.

	Disabilities who have Experienced Interpersonal Violence: A Review of the Literature.				Få metodebeskrivelser om behandling av overgrepssatte var empirisk evaluert.
Mehtar et al.	Posttraumatisk Stress Disorder in Individuals with diagnosis of Autistic Spectrum Disorders	Research in Autism Spectrum Disorders	2011	Kval studie: semi-strukturerte intervju; 69 barn og voksne med autisme	18 individer hadde opplevd trauma og 12 var diagnostisert med PTSD. Viktig for klinisk intervensjon å skille mellom karakteristiske symptomer på ASD og PTSD.
Van Nijnatten et al.	Communicative empowerment of people with intellectual disability.	Journal of Intellectual & Developmental Disability	2012	Diskursiv og konversasjonell analyse, 1 informant; 4 samtaler. Single case studie.	Muliggjør samtaler med autist/lett utviklingshemming.

Tabell 2:
Kategori: ”Konsekvenser etter seksuelle overgrep” 18 artikler.

Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Årstall	Metode	Resultat
Lewis et al.	Woman accused of sexual offenses	Behavioral Sciences & the Law	2000	Datasamling fra 1987-1997, 15 straffedømte kvinner tilknyttet et psykiatrisk institutt.	Kvinnene hadde det til felles at de selv hadde vært utsatte for seksuelle og voldelige overgrep, samt pågående overgrep. Alle kjente overgriperen.
Fagg M.	The Beverly Lewis House – report on development of a safe facility for mentally handicapped woman with abuse histories.	Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie	2002	Rapport om krisesenter for kvinner med utviklingshemming som hadde vært utsatte for seksuelle overgrep	6 komponenter er beskrevet som viktige for krisesenter; arkitektur, struktur i huset, økonomi, teamet, variasjon i tilbud, terapi og oppfølging etter utflytting.
Sequeira & Hollins	Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review.	The British Journal of Psychiatry	2003	Litteraturstudie	Utviklingshemmede kan ha samme reaksjoner på overgrep som den øvrige befolkningen. Metodologiske begrensninger i forskningen.
Matich-Maroney	Mental health implications for sexually abused adults with mental retardation: some clinical research findings	Mental Health Aspects of Developmental Disabilities	2003	Kvantitativ metode	18 voksne med MR ble undersøkt med et standardisert måleverktøy(PSAS) og sammenlignet med 25 personer uten MR i ei kontrollgruppe. Samme effekter funnet i begge gruppene.
Sequeira, Howlin & Hollins	Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities	The British Journal of Psychiatry	2003	Case-kontroll design (54 voksne med overgrepshistorikk/54 voksne i kontrollgruppe)	Overgrepssgruppa hadde flere mentale sykdommer, atferdsvansker og med symptomer på PTSD – samme som i den generelle populasjonen, men

O'Callaghan & Murphy	The impact of abuse on men and woman with severe learning disabilities and their families	British Journal of Learning Disabilities	2003	Kvalitativ studie med informanter med alvorlig utviklingshemming og deres familier	med tillegg stereotypisk atferd. 18 informanter med alvorlig utviklingshemming ble studert og familien redegjorde for langvarige, store konsekvenser
Jones et al.	Self-harm by people with learning difficulties: Something to be expected or investigated?	Disability&Society	2004	Litteraturoversikt	Forståelse av selvskading som uttrykk for traumatisering.
Mitchell & Clegg	Is Post-Traumatic Stress Disorder a helpful Concept for adults with intellectual disability?	Journal of Intellectual Disability Research	2005	To focus-grupper, eliteinformanter. Deskriptive tematiske analyser.	Likheter mellom IF og allmennbefolkning i reaksjoner på trauma; ulikheter var hyppig forekomst av flere enn en traumatisk hendelse hos IF –som genererte kroniske vansker som beskrevet i PTSD
Taggart et al.	An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities	Journal of Intellectual Disability Research	2006	Spørreskjema til alle IF-team og misbruks team i Nord-Irland; 67 misbrukere med IF ble identifisert	Risikofaktorer for utvikling av alkoholmisbruk var stor for unge menn med borderline/mild IF. Ulike problematferder identifisert blant annet seksuell utnyttning.
Sequeira	Implications for practice:research into the effects of sexual abuse on adults with intellectual disabilities.	The Journal of Adult Protection.	2006	Litteraturoversikt.	”Talking therapy”
Murphy et al.	The impact of alleged abuse on behavior in adults with severe intellectual disabilities	Journal of Intellectual Disability Research	2007	Kvalitativ studie hvor familie og hjelpere var informanter. Data innsamling fra 3 mnd før overgrepet, da overgrepet skjedde og 3 mnd etter overgrepet.	Et typisk mønster fremsto for alle innen adaptive atferder og utfordrende atferder. Konklusjon at konsekvenser etter overgrep er store for mennesker med alvorlig utviklingshemming og likt PTSD.
Hickson et al.	Profiles of Women Who Have Mental Retardation With and Without a Documented History of Abuse	American Journal On Mental Retardation	2008	Inkluderingskriterier, IQ 35-75, alder 22-55 år, hjemmeboende, 21 med dokumentert overgrep, 15 ikke overgrep. Ulike måleinstrumenter for å kartlegge livskvalitet.	36 kvinner, delt i to grupper avhengig av overgrepshistorikk. Overgrep medførte nedsatt livskvalitet. Anbefaler tilpassede bistandsprogram.
Martorell & Tsakanikos	Traumatic experiences and life events in people with intellectual disability	Current Opinion in Psykiatry	2008	Kritisk litteraturoversikt.	40 artikler er referert og vurdert, og framtidig forskning anbefales innen identifisering av faktorer som beskytter mental helse.
Shabalala & Jasson	PTSD symptoms in intellectual	South African Journal of Psychology	2011	Kvant studie: PTSD sjekklister administrert til 27	Høyere skåre og høyere intensitet i PTSD sjekklisten hos

	disabled victims of sexual assault.			mennesker med IF og overgrepshistorikk, og 27 med IF uten seksuell overgrepshistorikk. Hjelpere fylte også ut sjekklisten til de med IF og overgrepshistorikk.	IF med overgrepshistorikk enn hos kontrollgruppen.
Hulbert-Williams et al.	Self-report Life Events, Social Support and Psychological Problems in Adults with Intellectual Disabilities	Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities	2011	Kval studie: 38 voksne med IF gjennomførte 3 psykologiske tester i et semi-strukturert intervju.	Eksponering til livshendelser var positivt assosiert med psykiske vansker.
Wigham et al.	The Effects of Traumatizing Life Events on People With Intellectual Disabilities: A Systematic Review.	Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities	2011	Systematisk litteraturoversikt	15 artikler er vurdert og konklusjonen er at det mangler en ensidig definisjon av trauma og det mangler reliable og valide måter å måle effekt.
Eastgate et al.	Woman with intellectual disabilities; a study of sexuality, sexual abuse and protection skills.	Australian Family Physician.	2011	Kvalitativ studie: Semistrukererte intervju, livshistorier med 9 kvinner med lett utviklingshemming	Hovedtemaer var kunnskapsmangel om seksualitet og grenser, beskyttelsesstrategier, erfaringer med overgrep og konsekvenser etter overgrep.
Stoffelen et al.	Homosexuality among people with a mild intellectual disability: an explorative study on the lived experiences of homosexual people in the Netherlands with a mild intellectual disability	Journal of Intellectual Disability research	2013	Kvalitativ studie, 21 informanter, semi-strukturert intervju (19 menn, 2 kvinner)	Spesifikke utfordringer ved at 10 av informantene hadde erfart seksuelle overgrep og vold fra partner (n=6), mangel på støtte, seksualveiledning, opplæring, og vansker ved søken etter en partner.

Referanseliste med informasjon om artikkelen er fra 2012 (SUMO) eller 2013:

Fra SUMO: Cooke, L. (2003). *Treating the sequelae of abuse in adults with learning disabilities*. The British Journal of Developmental Disabilities.

Fra SUMO: Eastgate, G., Van Driel, L.M., Lennox, N., Scheermeyer, E., (2011). *Woman with intellectual disabilities; a study of sexuality, sexual abuse and protection skills*. Australian Family Physician.

Fra 2013: Fagg, M. (2002). *The Beverly Lewis House – report on development of a safe facility for mentally handicapped woman with abuse histories*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.

Fra SUMO: Hickson, L., Khemka, I., Golden, H., Chatzistyli, A. (2008). *Profiles of Women Who Have Mental Retardation With and Without a Documented History of Abuse*. American Journal On Mental Retardation.

Fra 2013: Hulbert-Williams, L., Khemka, I., Golden, H., Chatzistyli, A. (2011). *Self-report Life Events, Social Support and Psychological Problems in Adults with Intellectual Disabilities*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.

Fra SUMO: Kroese, B. S. & Thomas, G. (2006). *Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability – Two Descriptive Case*. **JOURNAL OF APPLIED RESEARCH IN INTELLECTUAL DISABILITIES** Studies.

Fra 2013: Jones, V., Davies, R., Jenkins, R. (2004). *Self-harm by people with learning difficulties: Something to be expected or investigated?* Disability&Society.

Fra SUMO: Lemmon, V.A. & Mizes, J.S. (2002). *Effectiveness of Exposure Therapy: A Case Study of Posttraumatic Stress Disorder and Mental Retardation*. Cognitive and Behavioral Practice.

Fra 2013: Lewis, C.F., Stanley, C.R. (2000). *Woman accused of sexual offenses*. Behavioral Sciences & the Law.

Fra SUMO: Lindsay, W.R. & Skene, D.D. (2007). *The Beck Depression Inventory II and the Beck Anxiety Inventory in People with Intellectual Disabilities: Factor Analyses and Group Data*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.

Fra 2013: Lund, E.M. (2011). *Community-Based Services and Interventions for Adults with Disabilities who have Experienced Interpersonal Violence: A Review of the Literature*. Trauma Violence & Abuse.

Fra SUMO: Martorell, A. & Tsakanikos, E. (2008). *Traumatic experiences and life events in people with intellectual disability*. Current Opinion in Psychiatry.

Fra SUMO: Match-Maroney (2003). *Mental health implications for sexually abused adults with mental retardation: some clinical research findings*. Mental Health Aspects of Developmental Disabilities.

Fra 2013: Mehtar, M. & Mukaddes, N. (2011). *Posttraumatisk Stress Disorder in Individuals with diagnosis of Autistic Spectrum Disorders*. Research in Autism Spectrum Disorders.

Fra 2013: Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., De Jongh, A. (2011). *Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment?* Journal of Intellectual & Developmental Disability.

Fra 2013: Mitchell, A. & Clegg, J. (2005). *Is Post-Traumatic Stress Disorder a helpful Concept for adults with intellectual disability?* Journal of Intellectual Disability Research.

Fra SUMO: Murphy, G.H., O'Callaghan, A.C.O, Clare, I.C.H. (2007). *The impact of alleged abuse on behavior in adults with severe intellectual disabilities*. Journal of Intellectual Disability Research.

Fra SUMO: O'Callaghan, A.C. & Murphy, G. (2003). *The impact of abuse on men and woman with severe learning disabilities and their families*. British Journal of Learning Disabilities.

Fra SUMO: Peckham, N.G., Hawlett, S., Corbett, A. (2007). *Evaluating a survivors group Pilot for Woman with Significant Intellectual Disabilities Who have been Sexually Abused*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.

Fra SUMO: Sequeira, H. & Hollins, S. (2003). *Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review*. The British Journal of Psychiatry.

Fra SUMO: Sequeira, H., Howlin, P. & Hollins, S. (2003). *Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities*. The British Journal of Psychiatry.

Fra SUMO: Sequeira, H. (2006). *Implications for practice: research into the effects of sexual abuse on adults with intellectual disabilities*. The Journal of Adult Protection.

Fra 2013: Shabalala, N. & Jasson, A. (2011). *PTSD symptoms in intellectual disabled victims of sexual assault*. South African Journal of Psychology.

Fra 2013: Stoffelen, J., Kok, G., Hospers, H., Curfs, L.M.G. (2013). *Homosexuality among people with a mild intellectual disability: an explorative study on the lived experiences of homosexual people in the Netherlands with a mild intellectual disability*. Journal of Intellectual Disability research.

Fra 2013: Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., Miligan, V. (2006). *An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities*. Journal of Intellectual Disability Research.

Fra 2013: Van Nijnatten, C. & Heestermans, M. (2012). *Communicative empowerment of people with intellectual disability*. Journal of Intellectual & Developmental Disability.

Fra SUMO: Wigham, S., Hatton, C., Taylor, J.L. (2011). *The Effects of Traumatizing Life Events on People With Intellectual Disabilities: A Systematic Review*. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities.

Vedlegg III: Litteraturundersøkelsens søkehistorikk

Søkehistorikken beskriver søkene i tre blokker, der dette er mulig. I den første blokken er alle ord som kan benyttes for å omtale *utviklingshemmede* benyttet, * (trunkering) inkluderer alle synonymer i søket. I den første og andre blokken ble søkeordene ført sammen med bolsk operatør OR. Siste blokk var en kombinasjon av treffene fra første og andre blokk med bolsk operatør AND. Ulike kombinasjoner av MeSH-termer og søkeord ble brukt i hver enkelt database.

Tabell 1: Søkeord benyttet i søkestrategi for databaser.

Database	Blokk 1	Blokk 2	Blokk 3
Embase 1. G (204 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp intellectual impairment 2. intellectual impairment* 3. mental retardation 4. mentally disabled person* 5. intellectual disabilit* 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 7. exp sexual abuse 8. exp sexual crime 9. sex abuse* 10. sexual abuse* 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 7 or 8 or 9 or 10 12. 6 and 11 13. limit 12 to adult 18 to 64 yrs or aged 65+ yrs
Embase 2. G (14 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. practice guideline 2. exp mental deficiency/ or intellectual impairment 3. mental retardation 4. mental disability 	<ol style="list-style-type: none"> 5. 2 or 3 or 4 6. Abuse/ or exp child abuse/or exp patient abuse/or exp sexual abuse 7. Sexual abuse 	<ol style="list-style-type: none"> 8. 6 or 7 9. 5 and 8 10. 1 and 9.
Psykinfo (182 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intellectual impairment* 2. Mental retardation* 3. Mentally disabled person* 4. Intellectual disability* 5. exp mental retardation 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 7. Exp sexual abuse 8. Exp sex offenses 9. Exp battered females 10. Exp sexual harassment 11. Exp patient abuse 12. Sexual abuse* 	<ol style="list-style-type: none"> 13. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. 6 and 13 15. Limit to 14 to adulthood age 18 yrs and older or young adulthood age 18 to 29 yrs or thirties age 30 to 39 or middle age age 40 to 64 yrs or aged age 65 yrs and older or very old age 85 yrs and older.
Eric (65)	<p>Search term: Intellectual disabilit*</p> <p>Keyword: sexual abuse</p>		
AMED (48 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. intellectual impairment* 2. mental retardation* 3. mentally disabled person* 4. intellectual disabilit* 5. exp mental retardation 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 7. exp sexual abuse 8. exp sexual offenses 9. exp sexual harassment 10. sexual abuse* 11. 7 or 8 or 9 or 10 	<ol style="list-style-type: none"> 12. blokk 1 and blokk 2
Medline 1. g (68 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp intellectual disability 2. sex offences 3. exp rape 	<ol style="list-style-type: none"> 4. 2 or 3 5. 1 and 4 6. fraud/or homicide/or theft/or violence/or demestic violence/or elder abuse/or spouse abuse 	<ol style="list-style-type: none"> 7. 1 and 6 8. 7 not 5 9. Begrenset til år 2000.
Medline 2. g (171 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp developmental disabilities 2. exp mentally disabled persons 3. exp intellectual disability 4. mental retardation* 5. develomental disabilit* 6. mentally disabled person* 7. intellectual disability* 	<ol style="list-style-type: none"> 8. 1 or 2or 3 or 4 pr 5 or 6 or 7 9. Exp sex offences 10. Exp prostitution/ or exp sexual harassment 11. Sexual abus* 12. 9 or 10 or 11 	<ol style="list-style-type: none"> 13. 8 and 12 14. Begrens 13 til young adults (19-24 yrs) or adult (19-44 yrs) or young adult and adult 19-24 and 19-44) or middle age (45-64 yrs) or middle aged (45 plus yrs) or all aged (65 and over) or aged (80 and over)
Medline 3. g (1 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp developmental disabilities 2. exp mentally disabled 	<ol style="list-style-type: none"> 9. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 10. Exp sex offenses 	<ol style="list-style-type: none"> 13. 10 or 11 or 12 14. 9 and 13 15. exp practical

	3. persons exp intellectual disability 4. developmental disability* 5. mentally disabled persons 6. intellectual disability 7. mental retardation* 8. mental disability	11. Exp sexual behavior 12. Sexual abus*	guideline/ or exp guideline 16. 14 and 15 17. Limit 14 to guideline.
Nursing Fulltext (13 treff)	1. Exp mental retardation 2. Exp sexual abuse	3. 1 and 2 4. Intellectual disability 5. 1 or 4 6. Sexual abuse* 7. Sexual offense*	8. 2 and 6 and 7 9. 5 and 8
Br. Nursing Index (185 treff)	1. Intellectual impairment* 2. Mental retardation* 3. Mentally disabled person* 4. Intellectual disability* 5. Exp mental retardation	6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 7. Exp sexual harassment 8. Sexual abuse* 9. Sexual offences 10. Exp learning disabilities	11. 7 or 8 or 9 or 10 12. 6 and 11.
E-B Medicine, E-B Mental Health, E-B Nursing. (2 treff)	1. Evidence based medicine or evidence based mental health or evidence based nursing 2. Mentally disabled person* 3. Developmental disability* 4. Intellectual disability* 5. Intellectual impairment*	6. 2 or 3 or 4 or 5 7. 1 and 6 8. Sexual abuse* 9. Sex offenses 10. Sexual offense*	11. 8 or 9 or 10 12. 1 and 11.
PubMed (134 treff)	PUBMED Sender's message: ref nr 23 i Sexual abuse and assaut fra BMJ Best Practice	MeSH Terms <ul style="list-style-type: none"> • Cross-Sectional Studies • Curriculum • Decision Making • Education of Mentally Retarded/methods* • Education of Mentally Retarded/organization & administration • Female • Humans • Mental Retardation/epidemiology • Mental Retardation/psychology* • Power (Psychology) • Rape/prevention & control* • Rape/statistics & numerical data • Sex Education/methods* • Sex Education/organization & administration • Violence/prevention & control* • Violence/psychology • Violence/statistics & numerical data 	MeSH Terms <ul style="list-style-type: none"> • Adult • Aged • Delivery of Health Care/methods • Delivery of Health Care/standards* • Epidemiologic Methods • Female • General Practice/standards* • Health Promotion/standards* • Health Services Accessibility • Health Status • Humans • Male • Mental Retardation/complications* • Mental Retardation/epidemiology • Middle Aged • Preventive Health Services/methods • Preventive Health Services/standards* • Young Adult

PubMed la ikke ved søkehistorie i resultatet som blokksøk, men med MeSH termer som beskrevet i tabellen. Søkehistorikk i Eric var ikke lagret, men søket er foretatt med søketermen *intellectual disabilit** og nøkkelord *sexual abuse*.

Tabell 2: Antall treff i de ulike databasene.

	PubMed	Embase	PsykInfo	Eric	AMED	Medline	Nursing Fulltext	Br.Nursing Index	E-B M., M-Health, E-B N.
Antall søk	1	1.g/2.g	1	1	1.g/2.g	1./2.g/3.g	1	1	1
Antall artikler	134	204/14	182	65	2/48	68/171/1	13	185	2
Antall valgte artikler	51	43/4	51	6	0/17	8/49/1	6	37	0
Årstall fra -til	1998-2012	1988-jan. 2012/1980-jan.2012	1987-jan. 2012	2000-2012	1987-jan. 2012	1946-jan.2012/1946-jan. 2012	1988-2012	1994-jan. 2012	1987-jan. 2012

Søkehistorie fra 2013:

Tabell 3: Søkeord benyttet i 2 databaser:

Database	Blokk 1	Blokk 2	Blokk 3
Medline (318 treff)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exp mentally disabled persons 2. exp Intellectual Disability 3. intellectual impairment* 4. mentally disabled person* 5. intellectual disability* 6. mental retard* 7. mentally retard* 8. disabled mentally 9. mentally disabled* 10. mental disabled* 11. mentally handicap* 12. intellectual retard* 13. intellectual impairment* 14. vulnerable adult* 	<ol style="list-style-type: none"> 15. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 16. exp Sex Offenses 17. sexual offense* 18. sex offense* 19. sex abuse* 20. sexual abus* 21. rape 22. sexual exploit* 23. sex exploit* 24. involuntary sex* 	<ol style="list-style-type: none"> 25. 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 26. 15 and 25
Web of knowledge/Web of science (154 treff)	Topic=(intellectual disabil*) AND Topic=(sexual abuse)		
Web of knowledge/Web of science (19 treff)	Topic=(intellectual disabil*) AND Topic=(sexual abuse) Refined by: Topic=(treatment)		

Web of Knowledge beskriver ikke søkehistorien som blokksøk.

Tabell 4: Antall treff i de ulike databasene

	Medline	Web of knowledge/Web of Science	Web of knowledge/Web of Science
Antall søk	1	1	1
Antall artikler	318	154	19
Antall valgte artikler	6	4	0
Årstall fra-til	1946-2013	Alle år	Alle år

Vedlegg IV: Opplæringsverktøy

- ❖ Barstad, B. (2005). *ESS – etikk, samliv og seksualitet. En opplæringspakke for mennesker med utviklingshemning*. DVD videogram + arbeidshefte. Trondheim: Exben DA.
- ❖ Fjeld, W., Zachariassen, P., & Fiske, A., *SexKunn-testen – et tilpasset hjelpemiddel for kartlegging av kunnskap om seksualitet*. Habiliteringstjenesten for voksne, Hedmark.
- ❖ Lillebo, M. et al: *KroppKunn - et tilpasset hjelpemiddel for kartlegging av kunnskap om seksualitet*. Habiliteringstjenesten for voksne, Hedmark.
- ❖ Fjeld, W. (2001). *Veileder til opplæringsprogram "Utviklingshemmede, samliv og seksualitet"*. Habiliteringstjenesten i Hedmark.
- ❖ Fjeld, W. (2000). *"Samlivsspillet"*. Habiliteringstjenesten i Hedmark.
www.habiliteringstjenestene.no
- ❖ Løwert, A.C. & Løt, K. (2003). *På vej til voksen... - et undervisningsmateriale til seksualvejledning af unge*. Vejle (DK): Speciallæge Anette Løwert ApS. Exben DA.
- ❖ Rønvik, G. (2005). *Å leve uten barn – en film om sex, prevensjon og samliv*. DVD videogram. Bodø: Nordlandssykehuset.
- ❖ Larsen, V. M. & Grude, T. (2008). "Jeg lurer på?" Et pedagogisk verktøy. TalkPed AS. Mob.: 90364045/90364105.
- ❖ Sosialt Udviklingscenter, SUS (2003) –tema om seksuelle overgrep mod mennesker med handicap: www.stopovergreb.dk
- ❖ Lappegård, H.K. et al.(2011). *Kropp, identitet og seksualitet*. Habiliteringstjenesten i NordlandLappegård, H.K. et al.(2011).
- ❖ Schyssta Relationer (2012). Utväg Skaraborg.
- ❖ Sosialt Udviklingscenter SUS (2009). *Forebygge vold på arbeidsplassen*. København: Sosialt Udviklingscenter, SUS.
- ❖ Pedersen, K. & Draiby, P. (2007). *Kys frøen. Idéer til seksualundervisning på specialskoler for børn og unge med funktionsnedsettelse – med fokus på elever med etnisk minoritetsbaggrund*. København: Sosialt Udviklingscenter SUS.
- ❖ Jørgensen, F.U. & Nejstgaard, L.O. (2010). *Seksuelle overgrep - nej tak!* København: Sosialt Udviklingscenter SUS.

- ❖ Grünberger, P. (2010). *Seksuelle overgreb mod mennesker med handicap - gode råd om at se og forebygge overgreb*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- ❖ Grünberger, P. (2010). *Seksuelle overgreb mod mennesker med handicap - gode råd når skaden er sket*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Vedlegg V: Liste over tabeller og figurer.

Tabell 1. ”Denne modellen illustrerer gradene av utviklingshemming som beskrevet i ICD-10”.

Tabell 2: ”Seksuelle overgrep i et relasjonsperspektiv”.

Tabell 3: ”SUMO-søket. Artiklene som var innen kriterium for denne studien (2013) er beskrevet med hovedforfatter og år i tabellen”.

Tabell 4: ”Søk i 2013. Artikler innen kriterium i denne studien (2013) er beskrevet med hovedforfatter og årstall”.

Tabell 5: ”Underkategori A1: Litteraturoversikter, 5 artikler”.

Tabell 6: ”Underkategori B1. Kvantitative studier, 5 artikler”.

Tabell 7: ”Underkategori C1: Kvalitative studier, 6 artikler”.

Tabell 8: ”Underkategori D1: Systematiske utprøvinger og rapporter, 2 studier”.

Tabell 9: ”A2: Litteraturoversikt, 1 artikkel”.

Tabell 10 : ”B2: Kognitiv atferdsterapi (KAT), 5 artikler”.

Tabell 11 : ”C2: Psykoterapeutisk behandling, 3 artikler”.

Tabell 12: ”Forslag til læremål innen ulike grader av utviklingshemming”.

Figur 1: ”PLISSIT (traktmodell)”.

Figur 2: ”Utvidet PLISSIT-modell”.

Figur 3: ”Teorisirkel med PLISSIT som overordnet teoretisk rammeverk”.