

Privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen

Dette bidraget fra Statens helsetilsyn belyser psykologers overskridelse av grensen mellom det profesjonelle og det private. Innlegget er ment som en veileder for den enkelte psykolog og som utgangspunkt for samtaler mellom kollegaer.

TEKST

John Agnar Johansen
Kristin Cordt-Hansen

PUBLISERT 1. april 2006

EMNER

Seksualisering av behandlingsrelasjonen

Pasient og behandler

Grenseoverskridelser

Autorisasjon

Etablering av seksuelle relasjoner mellom behandler og pasient utgjør den nest største gruppen av saker som resulterer i tilbakekall av autorisasjon som helsepersonell. I 2003 mistet fire helsepersonell sin autorisasjon på grunn av seksuell utnytting av pasient, og to fikk advarsel. I 2002 mistet syv sin autorisasjon, og to ble gitt advarsel. I 2001 var tallene henholdsvis seks og fire. Alle reaksjonene ble gitt til menn, med unntak av to advarsler. Det har i disse årene i gjennomsnitt vært én psykolog som har fått tilbakekalt sin autorisasjon på grunn av dette forholdet. Dette kan se ut som små tall, men når tilsynsmyndigheten trolig ikke får kjennskap til mer enn en begrenset del, er de alarmerende. Disse sakene er dessuten en stor belastning for de som involveres, uavhengig av antall. I en amerikansk undersøkelse framkom det at 6,8 % av de mannlige og 1,6 % av de kvinnelige terapeutene har vært seksuelt involvert med sine pasienter (Pope & Vasquez, 2001, s. 163). Ut fra våre tilsynssaker framkommer det at det oftest omhandler eldre erfarne terapeuter og yngre pasienter (se også Svartberg, 1992). Et gjennomgående trekk ved terapeuter som innleder en seksuell relasjon innenfor behandlingsrelasjonen, er at dette skjer mer enn en gang. Holroyd og Brodsky (1977) fant i en undersøkelse at 80 % av terapeutene som oppga at de hadde hatt sex med pasienter, antydte at dette hadde skjedd med mer enn en pasient.

Også for Norsk Psykologforening er dette et kjent problem. På 80-tallet ble det avdekket flere saker der psykologer hadde innledet en seksuell relasjon til en eller flere av sine pasienter. Temaet ble da satt på den fagetiske dagsorden, og det ble gjennomført en

omfattende spørreskjemaundersøkelse blant psykologer. De etiske prinsipper for nordiske psykologer fastslår utvetydig at seksuell omgang mellom psykologer og pasienter ikke skal forekomme. Dette er i samsvar med prinsippene til profesjonsforeningene i andre land.

Til grunn for Helsetilsynets vurderinger i tilsynssaker som omhandler grensen mellom profesjonelle og private relasjoner ligger helsepersonelloven § 4:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

I denne artikkelen skal vi belyse hvordan «faglig forsvarlighet» og «omsorgsfull hjelp» er å forstå i forbindelse med Helsetilsynets vurdering av grenseoverskridelser.

En unik relasjon

Enkelte pasienter vil i løpet av en behandling kunne oppleve at terapeuten representerer en unik form for forståelse, bekreftelse og nærhet. Dette kan medføre at pasienten blir tiltrukket av terapeuten på et personlig plan. Det er ikke uvanlig at pasienten ønsker å omgjøre den terapeutiske relasjonen til en personlig, intim relasjon. Det er terapeutens oppgave å iverksette tiltak for å beskytte pasienten og seg selv når dette oppstår. Dersom terapeuten går med på pasientens «invitasjon», er dette uttrykk for manglende dømmekraft ved at terapeuten ikke er i stand til å skjelne mellom sine egne og pasientens behov. Det må forventes at terapeuter er i stand til å skille klart mellom behandlerrollen og private relasjoner. Psykologer må kunne skjelne mellom betydningen av å vise pasienter nærhet, støtte og omsorg, og å bruke behandlingsrelasjonen til å tilfredsstille pasientens og terapeutens sosiale og seksuelle behov.

Mange pasienter bærer med seg utilfredsstilte lengsler og håp om å få oppleve mellommenneskelig nærhet og varme. Noen har blitt utnyttet av foreldre eller andre, og har blitt vant til å stille seg selv og sin seksualitet til andres disposisjon. Seksuelle invitasjoner og spill kan forekomme mellom mennesker i de fleste mellommenneskelige situasjoner, og den terapeutiske relasjonen er intet unntak. Heller ikke terapeuter er vaksinert mot å inngå i slike spill. De må være forberedt på at pasienter kan komme til å utfordre deres integritet og vurderingsevne. Det er terapeuten som kjenner spillets regler, og som skal sørge for at pasientens integritet og menneskeverd ikke blir krenket. Dermed er det også terapeuten som har forutsetninger for å sette de nødvendige grenser. Uavhengig av om det er terapeuten eller pasienten som tar initiativ til å innlede et seksuelt forhold, er dette et grovt tillitsbrudd og et svik mot pasienten. Terapeuten setter sine personlige behov framfor pasientens utviklingsbehov. Terapeuten knytter pasienten til seg i en avhengighetsrelasjon, og forhindrer at pasienten får velge sin egen utviklingsvei uavhengig av den hjelp terapeuten representerer i en avgrenset tidsperiode og på en avgrenset arena. Pasienten skal anspores til å skaffe seg nye opplevelser og erfaringer på sin egen livsarena.

Grenseoverskridelser er faglig uforsvarlige

Etablering av en behandlingsrelasjon innebærer en forpliktelse til å vise respekt for pasientens rettigheter, verdighet og integritet. Dette omfatter en forpliktelse til å respektere pasientens rett til private grenser. Terapeuten må være oppmerksom på at pasienten befinner seg i en situasjon der det forventes at pasienten blottlegger sider ved seg selv som vanligvis er skjult for andres innsyn. Dette skaper en spesiell form for sårbarhet og avhengighet. Pasienten befinner seg gjerne i en eksistensiell krise, og søker etter nye måter å forholde seg til utfordringene i livet sitt. Å etablere et nært personlig forhold til sin behandler kan virke som en nærliggende og naturlig løsning på mange av pasientens problemer og ønsker. Terapeuten må derfor respektere at pasienten i mange tilfeller ikke er i besittelse av sin vanlige dømmekraft.

Følelsesmessige reaksjoner kan oppstå heftig og fort eller som resultat av langvarig behandlingsarbeid. Uansett er det avgjørende at terapeuten har et objektivt forhold til sine egne følelsesmessige reaksjoner. Både pasientens og i visse tilfeller terapeutens følelsesmessige reaksjoner vil kunne være tema for terapien, men terapeuten må ha lært seg å arbeide med og bearbeide både pasientens og sine egne følelser.

Behandler-pasient-relasjonen er preget av mangel på likevekt. Pasienten har problemer som behandleren skal forsøke å bidra til løsning av. Det forutsettes at terapeuten tilrettelegger forutsetningene for samarbeidet. Terapeutens profesjonskompetanse gir denne andre forutsetninger til å forstå og påvirke det som skjer i løpet av behandlingen, enn hva pasienten har. Dette gjør at terapeuten kommer i en maktposisjon. Terapeuten besitter en profesjonskompetanse som pasienten er avhengig av for å kunne forbedre sin fungering og livssituasjon. Dermed kan det oppstå et avhengighetsforhold som terapeuten ikke må utnytte til å tilfredsstille egne behov.

**«Den enkelte terapeut
representerer ikke bare seg selv,
men også profesjonen og den
allmenne tillit til helsetjenesten»**

Etablering av nære personlige relasjoner mellom terapeut og pasient er misbruk av den nødvendige tillit som ligger til grunn for behandlingsarbeidet. Det spiller ingen rolle om behandlingsrelasjonen avbrytes før terapeuten involverer seg aktivt i en nær personlig relasjon. Terapeuten har den samme profesjonelle forpliktelse overfor en pasient etter at behandlingsrelasjonen er avsluttet eller avbrutt, som han/hun har i en pågående terapi. Dette er begrunnet med behovet for å beskytte den terapeutiske relasjonen mot midlertidige svingninger i partenes oppfatning av innholdet i relasjonen. Det er også begrunnet med behovet for å beskytte pasienten mot at terapeuten avbryter behandlingen for å leve ut sine personlige behov sammen med pasienten. Den terapeutiske relasjonen må anses å være etablert med et langsiktig formål selv om mange behandlinger kan gjennomføres i et mer kortsiktig perspektiv. Pasienten skal være trygg på at terapeuten respekterer den terapeutiske relasjonen med

alle dens ulike sider både mens behandlingen pågår og etter at den er avsluttet. Dessuten kan pasienten trenge å gjenoppta behandlingsrelasjonen for kortere eller lengre perioder.

Det er svært vanskelig for terapeuten å avgjøre på hvilket grunnlag pasienten ønsker å etablere en nær personlig relasjon. Det blir nærmest umulig å avgjøre om grunnlaget for forholdet er et terapeutisk avhengighetsforhold eller om det er et forhold basert på to selvstendige individer med uinnskrenket vurderingsevne. En kan tenke seg situasjoner der pasienten har opplevd terapien som positiv og utviklende, men der terapeuten foreslår å avbryte terapien på grunn av det terapeuten opplever som en gjensidig forelskelse. Dersom terapien avbrytes og et forhold innledes, kan det tenkes at forholdet avbrytes etter en kort stund fordi en eller begge parter opplever at de allikevel «ikke passet sammen». Pasienten vil i slike tilfelle oppleve å miste både sin behandler og sin partner. Pasienten vil med atskillig berettigelse oppleve det som en krenkelse av sin personlige integritet. Da skal det mye til for at en pasient vil kunne gå inn i en ny terapi med tillit til terapeuten og den terapeutiske virksomheten.

Det kan også oppstå uovervinnelige konflikter i parforholdet. Terapeuten kan da av sin tidligere pasient bli bebreidet for å ha innledet et forhold til pasienten mens denne var i en sårbar livsfase, og for ikke å ha ivaretatt behandler–pasient-relasjonen slik dette er forutsatt.

Enhver behandling er å forstå som modell for hvordan respekt for pasientens rettigheter, verdighet og integritet blir ivaretatt. Den enkelte terapeut representerer ikke bare seg selv, men også profesjonen, hvordan pasienter skal oppfatte den terapeutiske virksomhet og den allmenne tillit til helsetjenesten.

Helsetilsynets vurdering

Helsetilsynet skal ivareta pasientenes rettssikkerhet, og bidra til sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. Inngåelse av private relasjoner med pasienter anses som uforsvarlig virksomhet og kan vitne om grov mangel på faglig innsikt, og kan etter Helsetilsynets vurdering gjøre helsepersonell uegnet til å utøve sin virksomhet forsvarlig. Forholdet vil derfor bli vurdert etter helsepersonelloven §§ 57 for å avklare om det er grunnlag for å tilbakekalle autorisasjonen. Dersom forholdet ikke er så alvorlig at det resulterer i tilbakekall, vil advarsel etter helsepersonelloven § 56 bli vurdert. Faktorer som har betydning ved vurdering av reaksjon, vil inkludere:

- omfanget av den terapeutiske kontakt, blant annet antall konsultasjoner
- behandlingens betydning for pasienten
- pasientens mulighet til selv å velge om han/hun har ønsket å ta opp kontakten på et privat plan
- omfanget av den private kontakt, gjennomført i offentlige eller private sammenhenger

Dersom den private kontakten vurderes til å ha begrenset betydning for pasienten (f.eks. gå på teater eller kafé sammen noen få ganger), kan resultatet bli at det vurderes

som faglig ubegrunnet, men at det ikke gis noen administrativ reaksjon. Møter av mer privat karakter som hjemmebesøk eller overnattingsturer kan etter individuell vurdering føre til administrativ reaksjon (advarsel eller tilbakekall). Hvis omfanget av kontakten medfører betydelig innvirkning på livet til pasienten (f.eks. etablering av en seksuell relasjon eller samliv), vil det bli aktuelt å reagere med tilbakekall av autorisasjon. Det er dessuten forutsatt i tilsynslovens forarbeider at Helsetilsynet skal anmelde straffbare forhold vi blir kjent med under vår tilsynsvirksomhet. Å skaffe seg «seksuell omgang ved misbruk av stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold» er straffbart etter straffeloven § 193, og kan straffes med fengsel inntil fem år.

Følgende eksempler på tilsynssaker kan belyse disse problemstillingene.

Advarsel

Pasienten oppsøkte psykologen i dennes egenskap av ansatt ved en rådgivningstjeneste for seksuell opplysning. Ved rådgivningstjenesten ble det gitt et korttids rådgivningstilbud. Pasienten hadde hatt seks timer ved rådgivningstjenesten, og deretter ti timer ved psykologens privatpraksis. I tillegg hadde psykologen to hjemmebesøk hos pasienten og telefon-oppfølging. En viss tid etter at denne kontakten ble avsluttet, ble det innledet en privat relasjon mellom psykologen og pasienten. Psykologen informerte selv Psykologforeningen, fordi hun var klar over at det i henhold til daværende tolkning av de fagetiske retningslinjene ikke hadde gått tilstrekkelig tid mellom den avsluttede profesjonelle relasjonen og innledningen av et privat forhold. Hun tok også selv initiativ til konsultasjon/veiledning hos psykologkolleger i forbindelse med det inntrufne. Hun informerte pasientens lege, rådgivningstjenesten samt arbeidsgiver om den aktuelle sak og om behandlingen av saken i Norsk Psykologforening. For å vise at hun forstod alvoret i situasjonen, avvirket psykologen sitt engasjement ved rådgivningstjenesten samt sin privatpraksis. På tidspunktet for Helsetilsynets vedtak var psykologen samboer med sin tidligere pasient.

Statens helsetilsyn uttalte at forhold som forandres fra en terapi til et kjærlighetsforhold etter at terapien er avsluttet, er et uoversiktlig forhold, fordi begge parter fortsatt er styrt av følelser oppstått i terapisisuasjonen. Helsetilsynet fant imidlertid ved vurderingen av reaksjon i denne saken å kunne vektlegge at psykologen avsluttet behandlingsforholdet, at hun hadde søkt veiledning og informert pasientens lege. Det var grunn til å tro at hun på vedtakstidspunktet hadde faglig innsikt i og forståelse for at helsepersonell har et særlig ansvar for å unngå at seksuelle eller andre personlige forhold etableres under behandling eller etter behandling, på basis av følelsesmessige forhold knyttet til behandlingssituasjonen. Helsetilsynet fant at det kunne legges til grunn at hun ville ta den faglige begrunnelsen i vedtaket med seg i sin videre virksomhet som psykolog. Helsetilsynet fant derfor at det ikke var fare for gjentakelse. Psykologen ble gitt en advarsel.

Begrenset autorisasjon

Mot slutten av ett års behandlingskontakt utviklet det seg personlige følelser i forholdet mellom psykologen og pasienten. Som følge av overlappende sosialt nettverk hadde det vært flere møtesteder mellom dem. Etter å ha drøftet og undersøkt muligheten for å fortsette behandlingen avsluttet de denne. Psykologen formidlet kontakt med annen terapeut. Etter at behandlingen var avsluttet, utviklet forholdet seg til et parforhold. Fire måneder etter at behandlingen var avsluttet, informerte psykologen arbeidsgiveren om at det hadde utviklet seg personlige følelser mellom ham og en av hans pasienter i løpet av behandlingen, og at han hadde avsluttet behandlingen og deretter innledet et privat forhold til sin tidligere pasient. Arbeidsgiveren orienterte tilsynsmyndigheten og Fagetisk råd i Psykologforeningen. Psykologen meldte også selv fra om forholdet til Fagetisk råd. Psykologen så det aktuelle forholdet som fagetisk problematisk, og erkjente at han beveget seg utover det som forventes etter avslutning av en terapirelasjon. Han hadde forståelse for at han skulle ha søkt faglig veiledning.

Helsetilsynet fant at psykologens manglende grenser mellom profesjonelle og private relasjoner var egnet til å svekke allmennhetens tillit til helsetjenesten. Ved å innlede et forhold til sin tidligere pasient hadde psykologen vist grov mangel på faglig innsikt, og vilkårene for å tilbakekalle autorisasjonen forelå. Om autorisasjonen skal tilbakekalles, skal ifølge helselovgivningen bero på en konkret helhetsvurdering. Helsetilsynet la ved vurderingen av saken vekt på at psykologen selv meldte fra til arbeidsgiveren om at han hadde etablert et personlig forhold til en av sine pasienter. Videre avsluttet han behandlingen før han innledet det personlige forholdet til pasienten, og han henviste henne videre til en ny terapeut. Helsetilsynet la også vekt på at han i ettertid erkjente at personlige forhold mellom terapeut og pasient er uakseptabelt. Helsetilsynet fant ham egnet til å utøve yrke som psykolog under bestemte vilkår. Han ble derfor gitt begrenset autorisasjon til å fortsette å arbeide som psykolog i et underordnet ansettelsesforhold, underlagt en faglig ansvarlig leder. Han ble også pålagt å få veiledning av en godkjent veileder minimum to timer per måned.

«Psykologen hadde opptrådt på en måte som gjorde det vanskelig for pasienten å vite om hun var hans terapeut, venn eller om han var en del av hennes familie»

Tilbakekall av autorisasjon

Pasient 1 hadde gått i terapi hos psykologen i drøyt ett år da psykologen startet med massasje av pasientens rygg, som en del av behandlingen i kraft av å være vegetoterapeut. Etter hvert gjennomførte han brystmassasje av pasienten, deretter ble pasienten instruert til å gi psykologen massasje. Pasienten ble videre oppfordret til å ta på psykologens penis. Pasienten syntes etter dette at behandlingen var gått «over grensen», men ønsket likevel fortsatt kontakt med psykologen. Behandlingen ble

avsluttet, og de fortsatte å møtes privat. Under disse møtene ble pasienten oppfordret til å utføre seksuelle handlinger overfor psykologen. Psykologen avviste overfor Helsetilsynet at det hadde foregått seksuelle handlinger under og etter behandlingen. Pasientens fremstilling ble lagt til grunn i Helsetilsynets vurdering, da den ble bekreftet av referat fra et møte mellom ny behandler, den aktuelle psykologen og pasienten. På dette møtet innrømmet psykologen de seksuelle handlinger. Han beklaget dette overfor pasienten, og gikk med på å betale et beløp til veldedige formål. Ti år senere anmeldte pasienten forholdet til politiet, som henla saken på grunn av foreldelse. Politiet presiserte at dette ikke betydde at de ikke fant pasientens forklaring troverdig, men at de tvert i mot bedømte bevisene mot psykologen som sterke.

Pasient 2 gikk i behandling hos psykologen for problemer hun hadde som følge av at hun hadde brutt ut av et ekteskap hvor hun ble utsatt for seksualisert vold. Som ledd i behandlingen ga psykologen pasienten rolig massasje, som raskt utviklet seg til tettere fysisk kontakt. Psykologen fikk pasienten til å beføle sin penis og til å stimulere seg. Psykologen tilbød pasienten å «bruke hans kropp» til trene på å gjennomføre samleie. Psykologen hadde flere samleier med pasienten på sitt kontor, og en gang i en lånt leilighet. Psykologen tilbakeviste overfor Helsetilsynet at han hadde hatt seksuell kontakt med pasienten. Pasienten anmeldte forholdet til politiet, som henla saken etter bevisets stilling. Da sak nr. 1 ble kjent, vurderte politiet imidlertid å gjenoppta denne saken, fordi de anså sakene gjensidig styrkende bevismessig. Pasientens forklaring ble lagt til grunn av Helsetilsynet, som vektla at hun hadde gitt likelydende forklaringer om forholdet til flere nye behandlere, til Fagetisk råd og til politiet, samt at det forelå uavhengige forklaringer med mange likhetstrekk fra to kvinner.

Helsetilsynet fant det både etisk og faglig uforsvarlig at psykologen hadde innledet seksuelle relasjoner til pasienter, at dette var uttrykk for manglende evne til å kontrollere egne impulser og behov, og at det vitnet om sviktende faglig forståelse samt manglende forståelse for nødvendigheten av grensesetting. Psykologens autorisasjon ble tilbakekalt. Vedtaket ble påklaget til Statens helsepersonellnemnd, som opprettholdt Helsetilsynets vedtak.

Tilbakekall av autorisasjon

Psykologen overtok behandlingen av en pasient med en schizofrenidiagnose etter ønske fra pasientens mor. Moren ønsket en annen behandlingsmessig tilnærming enn det som ble gitt i poliklinikker innen psykisk helsevern. Innledningsvis i behandlingen hadde psykologen en rekke samtaler med pasienten og dennes foreldre, enten sammen eller hver for seg. Etter 11 samtaler tilbrakte pasienten en helg hjemme hos psykologen. Ti måneder etter første kontakt flyttet pasienten inn i bokollektiv sammen med psykologens sønn og en annen person, i forbindelse med et attføringsopplegg. Etter at pasienten på et senere tidspunkt flyttet for seg selv, overnattet psykologen ofte i hans leilighet. Hun dukket opp der uanmeldt til ulike tider. Psykologen foretok også flere reiser sammen med pasienten. Gjennom hele behandlingsperioden gjennomførte psykologen regelmessige terapisesjoner, som foregikk når pasienten bodde hjemme hos

henne, ved diverse utflukter, kurs, utenlandsopphold og i pasientens bolig. Psykologen hjalp også pasienten med personlig hygiene (dusjing) og avkledning for at han skulle komme seg i seng, og satt ved flere anledninger hos ham og holdt ham i hånden til han sovnet.

Ett år før psykologen overtok behandlingen av denne pasienten, hadde hun fått en advarsel av Statens helsetilsyn (da Helsedirektoratet) for å ha blandet sammen private og profesjonelle roller overfor to pasienter, ved bl.a. å ha skrevet personlige brev til den ene og ha deltatt på en flere dagers tur med den andre og dennes familie.

Statens helsetilsyn uttalte at pasienter som den aktuelle er avhengige av klare rammer rundt seg, og at det er viktig at de er klar over hvilken rolle de enkelte personer rundt dem innehar. Ved å ha pasienten på besøk i eget hjem og hytte, selv overnatte hos pasienten, og reise på turer med ham, fant Helsetilsynet at psykologen hadde opptrådt på en måte som gjorde det vanskelig for pasienten å vite om hun var hans terapeut, venn eller om han var en del av hennes familie. Psykologen viste ingen forståelse for det faglig uforsvarlige i å sammenblande ulike roller overfor pasienten. Hun forsto ikke det problematiske i de grenseoverskridelser hun foretok i forhold til pasienten, og heller ikke at pasienten kunne ha behov for forutsigbarhet og trygge rammer. Statens helsetilsyn fant videre at psykologen på bakgrunn av behandlingen av denne pasienten og to tidligere pasienter, som resulterte i advarsel, samt i den etterfølgende redegjørelse overfor tilsynsmyndigheten, hadde vist grov mangel på faglig innsikt. Hun ble ansett å ha verken evne eller vilje til å endre sin praksis slik at den ble forsvarlig. Statens helsetilsyn tilbakekalte psykologens autorisasjon som psykolog. Vedtaket ble påklaget til Statens helsepersonellnemnd, som opprettholdt vedtaket.

Skadevirkningene

Terapeuter må være innforstått med at de kan påføre pasienter skade ved å innlate seg på seksuelle handlinger med dem. Seksuelle overgrep utført av helsepersonell har i mange tilfeller medført betydelig økning av pasienters psykiske vansker og vansker med å inngå i andre nære personlige relasjoner (Disch & Avery, 2001; Pope & Vasques, 2001). Overgrepet er et maktmisbruk og et alvorlig tillitsbrudd, som for pasienten i ettertid kan bli et betydelig traume uavhengig av om pasienten selv «inviterte til» eller «ønsket» de seksuelle handlingene.

Feldman-Summers og Jones (1984) har gjennomført en undersøkelse av pasienter som hadde vært utsatt for seksuelle handlinger av sin psykiater. Et av funnene var at mange av pasientene hadde vært utsatt for tidligere seksuelle overgrep. Også andre undersøkelser viser at pasienter som blir utsatt for overgrep av sine psykoterapeuter, i mange tilfeller har vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten (Kluft, 1990; Pope & Vetter, 1991). Undersøkelsen til Disch og Avery (2001) viste at pasientene som var blitt involvert i seksuelle relasjoner med sin behandler, hadde store vansker med å inngå nye behandlingsrelasjoner, idet tilliten var ødelagt. Over halvparten av pasientene rapporterte dessuten at de hadde fått vansker med å inngå i andre nære personlige relasjoner. Videre rapporterte 40 % av pasientene at de hadde fått en mer negativ

selvoppfatning i ettertid enn de hadde før den seksuelle relasjonen ble innledet. Mer enn 50 % av pasientene rapporterte at de i etterkant hadde hatt mareritt og panikkangst, 80 % bebreidet seg selv for at de hadde vært utsatt for seksuelle handlinger, og 85 % hadde ambivalente følelser overfor terapeuten. En av pasientene uttrykte dette slik:

«On one hand I feel deep in me that the therapist is the only true lover I'll ever have, the only one who has ever truly known me. On the other hand, I am deeply repulsed and angry at his use and misuse of me. I feel I'll never be able to reconcile those points of view» (Disch & Avery, 2001, s. 213).

Det er ikke gjennomført tilsvarende undersøkelser for skadevirkninger for pasienter som har vært utsatt for seksuelle handlinger fra psykologer.

Kjennetegn på grenseoverskridelser

Forskningslitteraturen beskriver forhold som vanligvis forekommer i forbindelse med at det blir innledet en seksuell relasjon (Pope & Vasquez, 2001):

- *Rollebytte*. Terapeuten blir «pasient», og terapeutens behov og ønsker kommer i sentrum.
- *Seksualterapi*. Terapeuten hevder feilaktig at sex mellom terapeut og pasient er en akseptabel form for seksualterapi.
- *Som om*. Terapeuten forholder seg til positiv overføring som om den ikke var et resultat av behandlingsrelasjonen. Terapeuten handler ut fra denne forståelsen.
- *Svengali*. Terapeuten fremmer og utnytter overdreven avhengighet fra pasienten.
- *Det gikk for langt*. Terapeuten greier ikke håndtere den følelsesmessige nærhet som oppstår når pasienten opplever oppmerksomhet, omsorg og respekt.
- *Time out*. Terapeuten vil ikke erkjenne og ta konsekvensen av at den terapeutiske relasjonen fortsetter å eksistere også utenom timene og utenfor behandlingslokalitetene.
- *Hold meg*. Terapeuten utnytter pasientens ønske om ikke-erotisk fysisk kontakt, og pasientens forvirring om ikke-erotisk og erotisk kontakt.
- «*Ekte kjærighet*». Terapeuten velger å se bort fra at relasjonen er etablert innenfor rammen av en behandlingssituasjon. Terapeuten kan ikke vite om pasientens følelser er uttrykk for overføring, avhengighet eller andre følelser knyttet til behandlingssituasjonen, eller om disse følelsene ville oppstått dersom de hadde møtt hverandre under andre omstendigheter.

I veiledningssammenheng er det viktig at de ovennevnte forholdene blir tematisert, slik at behandlere kan greie å forholde seg profesjonelt til intense positive overførings- og/eller motoverføringsreaksjoner.

Veiledningstemaer ved grenseoverskridelser

Terapeuten kan i noen situasjoner bli usikker på om det han eller hun tenker å gjøre, er etisk forsvarlig eller ikke. Det vil da være nyttig å reflektere over følgende punkter (Pope & Vasquez, 2001):

- *Det grunnleggende forbudet.* Ingen årsak, situasjon eller omstendighet kan legitimere eller begrunne seksuelle relasjoner eller handlinger mellom terapeut og pasient.
- *Rutsjebanen.* Kan de påtenkte handlinger føre til at det oppstår risiko for at dette fører en videre til seksuelle handlinger?
- *Konsistent kommunikasjon.* Har terapeuten hele veien formidlet at seksuelle handlinger er fullstendig uaktuelle? Er de påtenkte handlinger i samsvar med dette?
- *Klargjøring.* Er det nødvendig å utsette de påtenkte handlinger eller aktiviteter inntil det har blitt helt avklart mellom terapeut og pasient at seksuelle handlinger er fullstendig uaktuelle? Dersom pasienten ønsker at terapeuten skal gi pasienten en klem når han eller hun kommer til samtale, er det tilstrekkelig klargjort at dette ikke kommer til å lede til noe mer?
- *Ivaretagelse av pasientens behov.* Målet for terapien skal hele tiden være at pasienten skal bli i stand til å ivareta sine behov.
- *Informert samtykke.* Er de påtenkte handlinger i samsvar med det behandlingsopplegget som pasienten har samtykket til?
- *Innta pasientens perspektiv.* Hvordan vil pasienten oppfatte og forholde seg til de påtenkte handlinger eller aktiviteter?
- *Kompetanse og egnethet.* Er de påtenkte handlinger i samsvar med terapeutens evne til å gjennomføre denne situasjonen?
- *Avvikende atferd.* Representerer de påtenkte handlinger et påfallende avvik i forhold til den måten som terapeuten vanligvis pleier å oppføre seg på? Dette kan av behandlingsmessige forhold i enkelte situasjoner være nødvendig, mens det i andre situasjoner vil kunne bryte ned den etablerte relasjonen.
- *Åpenhet.* Opplever terapeuten at han eller hun har motvilje mot å fortelle til eller snakke med kolleger eller veileder om de påtenkte handlingene eller aktivitetene?

Terapeutens ansvar

Dersom en terapeut merker at han eller hun ikke er i stand til å skjelne mellom sine private følelser overfor pasienten og sitt behandlingsmessige ansvar og sine oppgaver, må terapeuten ta initiativ til at terapien avbrytes. Dette punktet inntreffer når terapeuten blir så opptatt av sine egne følelser og tanker om seg selv og pasienten i en privat relasjon at det åpenbart har innvirkning på behandlingen. Terapeuten må ta dette opp med pasienten. Vi vil anbefale at terapeuten drøfter situasjonen som har oppstått, med en erfaren kollega. Dersom terapeuten i samråd med sin veileder kommer fram til at den følelsesmessige bindingen er så sterk at det vil være uforsvarlig å fortsette behandlingen, må terapeuten sørge for at pasienten får tilbud om å starte i terapi hos en tilsvarende kvalifisert kollega. Innen fagmiljøet bør det være en beredskap for å kunne motta pasienter i slike situasjoner.

Det må overfor pasienten framholdes at pasient-terapeut-relasjonen ikke er et egnet utgangspunkt for å etablere en samlivsrelasjon. Kortvarige seksuelle forbindelser i tilknytning til pasient-terapeut-relasjonen er forbundet med straffeansvar for terapeuten, og er under enhver omstendighet forkastelig. For å sikre en forsvarlig avslutning av en påbegynt terapeutisk prosess bør pasienten tilbys en kortvarig serie avslutningssamtaler. Slike samtaler bør når det er mulig, gjennomføres sammen med en veileder. Veilederen bør enten selv delta i samtalene eller gi terapeuten tett veiledning av disse samtalene.

I rettighets- og tilsynsperspektiv er det viktig at alt som omhandler den private relasjonen, blir journalført. I tilsynssaker har vi sett at journalføringsplikten ikke har vært etterlevd. Journalopplysningene skal bidra til å dokumentere at man har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet og andre lovpålagte krav. For terapeuten er journalen ofte den eneste måten han/hun kan dokumentere forsvarligheten av behandlingen som er gitt på. Påstander fra pasienter om grenseoverskridelser, krenkelser eller overgrep vil av tilsynsmyndigheten bli prøvet opp mot dokumentasjonen som foreligger i journalen. Både av hensyn til forsvarlighetskravet og terapeutens rettssikkerhet må terapeuten ivareta kravene til journalføring.

Avslutning

Sakene som innklages til Helsetilsynet, omhandler vanligvis ulike former for seksuelle overgrep. Dette innebærer ikke at privatisering av behandlingsrelasjonen utgjør et tallmessig mindre problem. Sannsynligvis opplever ikke pasienten privatisering som like krenkende som seksuelle overgrep, slik at det er sjeldnere at pasienten ser behovet for å innklage terapeuten. Helsetilsynet ser dette uansett som et forhold som kan svekke pasienters rett til helsehjelp, behandlingens forsvarlighet og allmennhetens tillit til helsetjenesten.

Kristin Cordt-Hansen

Statens helsetilsyn

Calmeyers gt. 1

Pb 8128 Dep.

0032 Oslo

Tlf 21 52 99 11

E-post kch@helsetilsynet.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 4, 2006, side 347-352

TEKST

John Agnar Johansen, Statens helsetilsyn

Kristin Cordt-Hansen

Referanser

- Disch, E., & Avery, N. (2001). Sex in the consulting room, the examining room, and the sacristy: Survivors of sexual abuse by professionals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 204-217.
- Feldman-Summers, S., & Jones G. (1984). Psychological impacts of sexual contact between therapists and other health care practitioners and their clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1054-1061.
- Holroyd, J. C., & Brodsky, A. M. (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with clients. *American Psychologist*, 32, 843-849.
- Pope, K. S., & Vasques. M. J. T. (2001). *Ethics in psychotherapy and counseling*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1991). Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28, 429-438.
- Svartberg. M. (1992). Seksuell kontakt mellom psykoterapeuter og pasienter. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 112, 3298-3301.