

# Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner

Fagfeltet kan gjøre mye for å forebygge destruktive pasientrelasjoner og bedre rehabiliteringstiltak for behandlerne.

## TEKST

**Mette Ekenes Garmannslund**

**Karsten Hytten**

**PUBLISERT 31. januar 2023**

## EMNER

Grenseoverskridelser

grensekrenkelser

behandlingsrelasjon

rollesammenblanding

Pasientovergrepsutvalget

etikk

fagetikk

Etter en omfattende artikkelserie i VG i 2020–21 om overgrep mot pasienter begått av helsepersonell, nedsatte helseministeren Pasientovergrepsutvalget, der artikkelforfatterne var medlemmer fra Psykolog- og Legeforeningen. Utvalget leverte rapport i april 22 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). I dette essayet tar vi utgangspunkt i utvalgsarbeidet. Vi vil hovedsakelig drøfte fenomenene grenseoverskridelser og overgrep i behandlingsrelasjoner generelt, og presentere funn fra saker der leger og psykologer har tapt autorisasjonen i perioden 2010 til 2020. Til slutt vil vi komme med innspill til mulige rehabiliterende tiltak. Vi er godt kjent med debatten som pågår rundt grenseoppganger mellom behandleres yrkesutøvelse og privatliv, men tar ikke mål av oss å belyse det her.

Relasjonen mellom behandler og pasient er et asymmetriske maktforhold, der behandleren sitter med kunnskap, erfaring og definisjonsmakt som pasienten ikke har. Asymmetrien gjør pasienten avhengig av behandlerens forpliktelse og evne til å sette pasientens behov i fokus, og sikre at behandlingsrelasjonen er trygg og virksom. Behandlerens makt gir mulighet til å hjelpe, men gir også risiko for å krenke og utnytte. Grenser og behandlingsrammer overskrides på ulikt vis og med ulike konsekvenser for pasienten. Ytterpunktet er seksuell utnyttelse og misbruk med regelrette overgrep, slik Varhaug-saken illustrerer. Profesjonelle grenser kan i denne sammenhengen defineres som skillet mellom passende og upassende profesjonell atferd mellom en behandler og en pasient (Hemphill et al., 2021). Vi bruker begrepet grensekrenkelser som samlende begrep for rollesammenblanding, grenseoverskridelser og overgrep.

Seksuell krenkelse og utnyttning av pasienter forekommer i alle deler av helsetjenesten. Jo lenger en beveger seg i retning fra mildere rollesammenblanding til overgrep, jo mer er det behandlerens behov, ønsker og begjær som står i sentrum, mens pasientens behandlingsbehov tapes av syne og pasienten utnyttes og mulig skades.

## **Bevisst manipulasjon**

Når en leser eller hører om alvorlige grensekrenkelser, kan det være vanskelig å forstå at behandleren har gjort det som blir avdekket, og at pasienten har forblitt i en overgriperes makt så lenge. En forklaring kan være manipulasjon fra behandlerens side. Nordhelle (2017) definerer manipulasjon som «en bevisst falsk/usaklig presentasjon, som på en skjult måte og med hensikt, får andre til å gjøre noe fordelaktig for manipulator, som de ikke er klar over at de ellers ikke ville gjøre» (s. 24).

### **LES OGSÅ**

#### **Da #metoo traff Psykologforeningen**

Da Psykologforeningen for drøyt tretti år siden undersøkte grenseoverskridelser i terapirommet, endte det med at øverste leder mistet lisensen og måtte gå.

Sentralt i manipuleringsprosessen er at behandler handler strategisk for å få gjennom egen vilje overfor pasienten, slik at pasienten blir lurt til å gi det behandleren ønsker å oppnå. Gjennom en slik prosess, ofte omtalt som grooming når det gjelder seksuelle grensekrenkelser, kan pasienten oppleve å ha spilt en aktiv rolle i krenkelser som hen er helt uten ansvar for. En slik opplevelse av medvirkning gjør det vanskelig for pasienten og utenforstående å legge ansvaret på behandleren alene.

## **«Den manipulerende behandleren vil spille på pasientens behov og ønsker»**

Manipulasjon kan utvikle seg gradvis over en kortere eller lengre tidsperiode, og bevege seg fra nærmest umerkelige og upåfallende hendelser til stadig større grensekrenkelser (Courtois & Alpert, 2021). Den manipulerende behandleren vil spille på pasientens behov og ønsker, si det som pasienten trenger å høre, og understreke pasientens verdi og spesielle viktighet. Behandleren kan også manipulere ved å innta en offerrolle og tillegge pasienten ansvar for grensekrenkelsene som er begått. Hemmelighold gjør at pasienten ikke får korrigerende perspektiver på det som skjer i behandlingsrommet, og manipulasjonen kan fortsette.

Mange pasienter opplever stor forvirring når manipulering skjer. De kan beskrive det som at forståelsen av hvem de var, hva de opplevde, mente og ønsket ble «tatt over», utfordret og underkjent, på en slik måte at de ikke lenger kjente seg selv eller hadde kontroll over valg og handlinger (Courtois & Alpert, 2021). De kunne da paradoksalt

vende seg mot den samme behandleren som utnyttet dem, og utvikle en sterk avhengighet med et intenst ønske om kontakt, anerkjennelse og forståelse.

Selv om pasienten etter hvert kan bli klar over manipulasjonen, vil det være vanskelig å beskrive og avsløre den overfor andre. Ofte forblir krenkelsene skjult på grunn av skam, forvirring og frykt for å ikke bli trodd, bli dømt eller møtt med andre negative konsekvenser. Behandleren kan være en anerkjent og troverdig fagperson med solid kollegial støtte og definisjonsmakt (Gabbard, 2016). Dersom pasienten er i et parforhold, kan hendelser mellom behandler og pasient feilaktig forstås som utroskap heller enn overgrep, og få store konsekvenser for pasientens relasjoner og familieliv. Noen ganger kan pasienten også ha deltatt i handlinger som klart avviker fra egne normer, noe som kan utløse ytterligere skam og gjøre erkjennelsen av hva som har skjedd enda vanskeligere. Samlet sett kan risiko, belastning og omkostninger bli så store at det kjennes umulig for pasienten å varsle. Dette kan forklare hvorfor pasienter kan velge å stå alene i slike vonde hemmeligheter i lang tid. I utvalgets møte med Varhaugs ofre, ble ovennevnte prosesser presist beskrevet.

### **Ubevisste samspill**

Grensekrenkelser kan også ha årsak i ulike grader av ubevisste samspill. Det er en forenklet tilnærming å se på grensekrenkelser som et fenomen som kun involverer en håndfull behandlere med dårlige holdninger og slett moral. Flere fagpersoner har advart mot en slik reduksjonistisk holdning (Gabbard, 2017; Plakun, 1999; Celenza, 2007). Med en slik forståelse er utfordringen bare å identifisere de krenkende behandlerne og fjerne dem fra pasientbehandling. Det er selvsagt viktig, men det er mer realistisk og konstruktivt å tenke at risikoen for å overskride og krenke grenser er en yrkesrisiko i hjelpeyrkene.

#### **LES OGSÅ**

#### **Fagperson eller privatperson? Det er spørsmålet**

Hvor skal vi som er psykologer, trekke opp grensen mellom fagutøvelse og privatliv?

Det er særlig fra psykoterapifeltet man finner begreper som kan gi hjelp til å forstå grensekrenkende relasjoners destruktive utvikling. Psykoterapi foregår i lukkede rom, det arbeides med kompliserte følelser og tilknytningsforhold, og

**«Sannsynligheten for krenkelser øker når behandlingsrammer og grenser blir uklare, mykes opp eller sees bort ifra»**

etablering av tillit og trygghet er avgjørende for god behandling. I psykoterapi oppstår følelser mellom pasient og behandler, og arbeid med disse følelsene er i enkelte behandlingsformer et sentralt fokus. Behandlerne som er blinde for overførings-/motiveoverføringsfenomener kan stå i fare for å utnytte pasientens tillit og forventninger – ofte godt hjulpet av profesjonens definisjonsmakt. Initiativet til å overskride grenser kan komme fra både behandler og pasient. Uansett er det behandlerens plikt å holde rammene. Sannsynligheten for krenkelser øker når behandlingsrammer og grenser blir uklare, mykes opp eller sees bort ifra. Evang (2023) og Gabbard (2016) gir gode beskrivelser av hvordan følelser mellom behandlere og pasienter kan forstås og håndteres innenfor rammene av psykoterapi.

### **Behandlere som begår grensekrenkelser**

Hemphill et al. (2021) oppsummerer foreløpig kunnskap om individuelle kjennetegn ved behandlere som begår grensekrenkelser. Behandleren er ofte en mann sent i yrkeskarrieren. Videre ser man andre kjennetegn, som behandlerens vanskelige livserfaringer, belastninger i privatliv eller arbeidsliv, manglende rolleforståelse, strev med å regulere seg selv og rette opp risikoatferd, og lite deltakelse i profesjonell videreutvikling og veiledning.

I sjeldne tilfeller kan behandlere være alvorlig psykisk syke og ha et svært uklart forhold til realitetene, inklusiv profesjonelle grenser og behandlingsrammer. Noen kan ha personlighetsproblematikk som kan kaste lys over hensynsløs bruk av makt. Dette er imidlertid ikke beskrivende for de fleste som begår grenseoverskridelser (Gabbard, 2017). Noen behandlere blir forelsket i pasienten og kjenner sterkt behov for selv å bli bekreftet, elsket og idealisert. Gabbard (2017) antyder at så mange som 65 % av terapeuter som har inngått i seksuelle forhold med pasienter, beskriver seg selv som forelsket i pasienten.

Endelig kan en se behandlere som gir etter for pasientens lengsel og nærmest ser på privatisering og seksualisering av relasjonen som et profesjonelt offer gjort i beste hensikt. Ordtaket «Veien til helvete er brolagt med gode intensjoner» kan være beskrivende for en slik prosess, som ofte skjer gradvis og subtilt, og der hvert skritt blir rasjonalisert som riktig og god behandling.

Selv om de fleste terapeuter på et eller annet tidspunkt i sin karriere vil ha kjent på slike følelser (Celenza, 1998, Haavind & Hvistendal, 1992) er det likevel grunn til å tro at de fleste terapeuter evner å motstå fristelsen til å handle på seksuell tiltrekning til pasienter.

### **Pasienter som blir utsatt**

Litteraturen har også fokusert på kjennetegn ved pasienter som utsettes for grensekrenkelser, og pasientens bidrag i prosessen (Gabbard, 2017; Sundt Gundersen, 2007). I rusbehandling og psykisk helsevern kan pasienters sårbarhet være ekstra stor, og i helse- og omsorgstjenester kan pasienter med varig nedsatt fungering være sårbare for utnyttelse, og ha vansker med å ivareta grenser og varsle om krenkelser. Som Sundt

Gundersen ser vi at fokus på pasienters bidrag kan oppfattes som ansvarsfraskrivelse og en avsporing. Det er ikke tvil om at pasienter har blitt tillagt ansvar for behandleres ugjerninger, at grensekrenkelser har blitt tildekket, og at negative konsekvenser har blitt oversett, tiet i hjel eller bagatellisert. Vi tenker likevel at visse kjennetegn ved pasienter kan forsterke maktubalansen mellom behandler og pasient, og være ekstra skjerpene for det ansvaret behandleren har.

### **Omfang i perioden 2010-2020**

I perioden 2010–2020 gjennomførte Statens helsetilsyn vedtak i 300 saker med seksuelle relasjoner og øvrig rollesammenblanding hos helse- og sosialarbeidere med offentlig autorisasjon. 181 saker gjaldt seksuelle relasjoner. Tilbakekall av autorisasjon ble vedtatt i 116 av sakene. 50 av sakene dreide seg om leger og psykologer (10 psykologer, 40 leger). Spesialister i psykiatri (11) og allmenntilleggsmedisin (11) var overrepresentert blant legene i utvalget. Det fremkom ikke om de ti psykologene var psykologspesialister. Det vanligste utgangspunktet for sakene var at pasient eller pasientrepresentant kontaktet statsforvalter, og varsel fra påtalemyndighet, arbeidsgiver eller annet helsepersonell. I 21 av sakene kom det frem i tilbakekallsvedtakene at også politi- og påtalemyndighet var involvert. I ni saker ble helsepersonellet dømt for overtredelser av straffeloven.

Helsetilsynets vedtak var påfallende like, selv om det var stor variasjon i hvor alvorlige sakene var. Vi mener at følgende faktorer må tas i betraktning for å kunne vurdere alvorlighetsgrad og passende reaksjon fra tilsynsmyndighetene:

- kjennetegn ved behandlingsrelasjonen
- handlingenes art, grad av gjensidighet og samtykke i relasjonen
- om handlingene er overtredelser av straffebestemmelser
- om handlingen har konsekvenser for befolkningens tillit til tjenestene
- risiko for gjentakelse og befolkningens behov for beskyttelse mot helsepersonellet

For å illustrere spennet i sakene presenterer vi tre eksempler. Den alvorligste saken er offentlig tilgjengelig på bakgrunn av dommen psykiateren fikk. De to andre er konstruerte eksempler med elementer som er kjent fra de undersøkte sakene.

Eksempel 1. En nyutdannet kvinnelig lege ansatt i kommunen får i oppgave å hjelpe en ung mann i krise. Etter den tredje samtalen gir klienten uttrykk for sterke følelser for legen, og de blir sammen enige om å avslutte den påbegynte behandlingen. Etter noen uker tar pasienten kontakt med legen og de innleder et forhold. Før dette søker legen veiledning og råd.

Kommentar: I dette tilfellet innledes et kjærlighetsforhold uten noen form for tvang, med en begrenset og noe overflatisk profesjonell kontakt som gjør det sannsynlig at forholdet like gjerne kunne oppstått dersom partene møttes i en annen kontekst. Legens handlinger vurderes ikke å være til skade for pasienten, befolkningens tillit til

helsepersonell forventes ikke å bli negativt påvirket, og det vurderes ikke å foreligge risiko for gjentakelse eller beskyttelsesbehov for befolkningen ellers.

Eksempel 2. En mannlig psykolog behandler en kvinnelig pasient med personlighetsmessige utfordringer. Etter ett års terapi gir pasienten uttrykk for sterke følelser for psykologen og eksplisitt uttrykk for ønske om fysisk nærhet. Behandleren er også tiltrukket av pasienten og etterkommer ønsket ved å avslutte hver time med en omfavnelse. Den fysiske kontakten utvikler seg ytterligere i løpet av få uker, til at de i løpet av en måned har ukentlige samleier på psykologens kontor. Psykologen kontakter en kollega for å søke råd, og behandlingen blir avsluttet. Saken blir meldt både til overordnet leder og til tilsynsmyndigheten, og psykologen mister autorisasjonen.

Kommentar: I dette tilfellet utviklet det seg gjensidig varme følelser mellom pasient og terapeut. Følelsene oppsto i en profesjonell behandlingskontakt som gjør at de ikke nødvendigvis ville oppstått i en annen kontekst, men i stor grad kan forklares av behandlingsprosesser og det asymmetriske maktforholdet mellom partene. Parforhold kan innledes tilsynelatende på likefot, men senere kan pasienten oppleve å ha vært utsatt for bevisst eller ubevisst maktmisbruk fra behandlerens side. Behandleren vil ha sviktet sitt ansvar for å forstå og håndtere romantiske følelser innenfor faglige rammer. Befolkningens tillit til helsetjenesten vil kunne påvirkes negativt. Behandlerens handlinger er til skade for pasienten og behandlingen, og det kan foreligge risiko for at lignende kan skje i behandlerens kontakt med andre pasienter.

Eksempel 3. En mannlig psykiater behandler en kvinnelig pasient i tre år på en psykiatrisk poliklinikk. Pasienten forklarte at psykiateren i time to eller tre tok fram penis og forlangte at hun skulle suge den. Det skulle angivelig være en del av behandlingen med økning av endorfiner hos pasienten. Ifølge pasienten hadde psykiateren og pasienten seksuell omgang i starten av hver time. Hun opplyste også at psykiateren en gang oppsøkte henne hjemme og hadde seksuell omgang på hennes soverom. I lagmannsretten ble psykiateren dømt til ubetinget fengsel i 18 måneder, fradømt retten til å praktisere som lege eller inneha stilling etter helsepersonelloven på ubestemt tid.

Kommentar: I denne saken dreier det seg om grovt seksuelt misbruk av en pasient. Misbruket blir av overgripende psykiater begrunnet faglig. Handlingene er svært skadelige og traumatiserende for pasienten og vurderes som klare overtredelser av straffelovens bestemmelser. Det foreligger stor fare for gjentakelse og befolkningen har et klart behov for beskyttelse.

Det var stor variasjon i alvorlighetsgraden i de 50 sakene, noe de aktuelle eksemplene illustrerer. Vi mener denne variasjonen burde gjenspeiles i tilsvarende variasjon i tilsynsmyndighetens reaksjon. I dag ville reaksjonen for alle de tre eksemplene være autorisasjonstap med mulighet til å senere søke ny autorisasjon. For de (få) mildeste tilfellene mente utvalget at andre sanksjoner enn autorisasjonstap kan være passende. For de alvorligste tilfellene foreslo utvalget at sanksjonen burde være permanent autorisasjonstap, en mulighet tilsynsmyndigheten så langt ikke har.

## **Kollegeres rolle og meldeplikt**

Det er mye som taler for at kollegial støtte, veiledning og korrigerende er viktig for å forhindre grenseoverskridelser og overgrep i terapi. Både etiske retningslinjer og helsepersonelloven med varslingsplikt kan hjelpe til her.

Etiske regler for leger kap II, § 2 (Den norske legeforening, 2021) angir at:

Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning. Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativt overordnet, Dnlf's organer eller vedkommende helsemyndighet.

Etiske prinsipper for nordiske psykologer (Norsk psykologforening, 1998) sier at «En psykolog som blir kjent med at en kollega har problemer med å håndtere et fagetisk spørsmål, tilbyr seg å være til hjelp og støtte i den etiske refleksjonen og beslutningsprosessen.» Det står videre at «En psykolog som blir kjent med at en kollega gjør alvorlige avvik fra de fagetiske prinsippene er forpliktet til å gjøre den nasjonale psykologforeningen oppmerksom på dette.»

I Helsepersonellovens § 17 står det at: «Helsepersonell skal av eget tiltak gi helsemyndigheten informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet. Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger.»

Det å ta opp malpraksis med en kollega kan være krevende og ubehagelig. Det er viktig at dette gjøres så skånsomt og respektfullt som mulig. Vi tror at kollegiale miljøer som preges av åpenhet og tillit, bidrar til god praksis. Samtidig kan muligheten for grensekrenkelser betraktes som en yrkesrisiko. Det å melde fra om en kollegas malpraksis til overordnet eller til tilsynsmyndighet er også krevende, men det er faktisk en plikt vi har som helsepersonell.

**«Tilsyn utsetter behandlere for stor påkjenning, og det vil være behov for å beskytte dem mot uriktige anklager»**

## **Rehabilitering**

I dag hviler hovedansvaret for rehabiliteringsprosessen etter autorisasjonstap på behandleren som har begått grensekrenkelser. Det er et spørsmål om Statens helsetilsyn i større grad må involveres og ta regi. Utgangspunktet for rehabiliteringsprosessen bør være kunnskapsbaserte retningslinjer for kartlegging, oppfølging og evaluering, med mulig bruk av ekstern sakkyndig kompetanse. Det bør vurderes om fagforeningene kan ta et delansvar for veiledning og oppfølging av medlemmer. Foreningene vil også kunne bidra i utarbeidelse av nevnte retningslinjer.

Et sentralt moment i oppfølgingen er sikring av at veileder/behandler har tilstrekkelig kompetanse på feltet, er nøytral og habil og godt kjent med tilsynssaken. Oppfølgingen må ha som utgangspunkt at behandleren erkjenner å ha krenket grenser, makter å reflektere rundt det som har skjedd, og tar ansvar for at det ikke skal skje på nytt. I tilfeller der man vurderer at rehabiliteringsprosessen har skapt endring, kan det åpnes for en periode med begrenset autorisasjon. Til slutt kan det vurderes om behandleren kan få tilbake full autorisasjon, og om det er behov for videre oppfølging parallelt.

Behandlere er sårbare når en tilsynssak er i gang. Tilsyn utsetter behandlere for stor påkjenning, og det vil være behov for å beskytte dem mot uriktige anklager og ivareta deres rettssikkerhet. Et avklaringsmøte i forbindelse med saksbehandling vil gi helsetilsynet mulighet til å avdekke eventuelt behov for hjelp. Når tilsynssaker blir offentlig kjent medfører det et stort fall i anseelse, og saken kan også få store konsekvenser for behandlerens økonomi, relasjoner og opplevelsen av verdi som menneske. Både Psykolog- og Legeforeningen tilbyr advokatbistand i tilsynssaker og har ordninger som i noen grad ivaretar medlemmene. Vi mener at det bør vurderes om autorisasjonstap skal utløse rutinemessig tilbud om oppfølging.

## Avslutning

Vi har ikke sikker informasjon om omfanget av grensekrenkelser og overgrep i helsetjenesten. Trolig er det betydelige mørketall der bare noen av de alvorligste sakene når tilsynsmyndigheten. Det er lenge siden det er gjort noen undersøkelse av forekomst av seksuelle grenseoverskridelser i Norge (Haavind & Hvistendal, 1992), noe vi mener det er behov for å gjøre på nytt. Dette vil ved siden av økt kunnskap også bidra til økt bevissthet om fenomenene.

Pasientovergrepsutvalget arbeidet med behov for endringer i lovgivning og retningslinjer, noe vi ikke har omtalt her. Vi ønsker å rette fokus mot den jobben fagfeltet selv har å gjøre for å forebygge destruktive pasientrelasjoner og bedre rehabiliteringstiltak for behandlere som har trådt feil.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 2, 2023, side 96-101*

### TEKST

**Mette Ekenes Garmannslund**, Helse Bergen - RVTS Vest

KONTAKT: mette.ekenes.garmannslund@helse-bergen.no

**Karsten Hytten**, avtalespesialist i psykiatri

+ **Vis referanser**

Celenza, A. (1998). Precursors to Therapist Sexual Misconduct. Preliminary Findings. *Psychoanalytic Psychology*, 15(3), 378-395. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.15.3.378>

Celenza, A. (2007). Analytic love and power: Responsiveness and responsibility. *Psychoanalytic Inquiry*, 27(3), 287-301. <https://doi.org/10.1080/07351690701389478>



Courtois, C. A. & Alpert, J. L. (2021). Mind F\*ck. The grooming process in «professional incest». I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois (Red.). Sexual boundary violations in psychotherapy. Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct. American Psychological Organization. <https://doi.org/10.1037/0000247-014>

Den norske legeforening. (2021). Etiske regler for leger. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>

Evang, K.E. (2023, 6. januar). Et fortrolig rom. Klassekampen.

Gabbard G.O. (2016). Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. American Psychiatric Publishing.

Gabbard, G.O. (2017). Sexual Boundary Violations in Psychoanalysis: A 30-year retrospective. *Psychoanalytic Psychology*, 34(2), 151-156. <https://doi.org/10.1037/pap0000079>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Rapport fra pasientovergrepsutvalget. Grensekrenkelser i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2010-2020.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-pasientovergrepsutvalget/id2911086/>

Haavind, H. & Hvistendal, M. (1992). Erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt og berøring mellom psykologer og deres klienter. Vedlegg til Tidsskrift for Norsk psykologforening, 29(11).

Hemphill, P., Courtois, C. A., Gold, M. S., Polles, A. & Edwards, D. (2021). The treatment of therapists who sexually offend. I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois CA (Red.), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct* (s. 365-384). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000247-020>

Nordhelle. G. (2017). Manipulasjon - forståelse og håndtering. Gyldendal akademisk.

Norsk psykologforening. (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

Plakun, E.M. (1999). Sexual misconduct and enactment. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(4), 284-91.

Sundt Gundersen, M. (2007). Det skal ikke hende. Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi. Fagbokforlaget.