

Seksuelle grenseoverskridelser, grensekrenkelser og overgrep i terapi

Forekomst, konsekvenser og forebygging

Mette Sundt Gundersen¹

Artikkelen tar for seg forekomst og forståelse av seksuelle grensekrenkelser og overgrep i terapi. Formålet er å systematisere relevant kunnskap og gjøre den tilgjengelig for terapeuter, slik at de bedre kan forstå faresignaler og være forberedt i møte med pasienter som har vært utsatt for dette. Arbeidet bygger på internasjonale studier gjennom de siste 40 årene, men et vesentlig utgangspunkt er også egen erfaring fra arbeid i en støttegruppe og egen bok "Det skal ikke hende... Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi." (Gundersen, 2007).

De siste ti årene har minst 101 helsepersonell i Norge mistet sin autorisasjon på grunn av seksuell utnyttning av sin pasient. I dette tallgrunnlaget inngår leger, psykiatere, psykologer, sykepleiere og hjelpepleiere (Flydal, 2014). Vi vet også at svært mange pasienter som har vært utsatt for seksuelle grensekrenkelser i terapi ikke innrapporterer sine erfaringer, og at det dermed er store mørketall (se f.eks. Flydal, 2014; Gundersen, 2007). Denne artikkelen vil ta for seg hva som ligger bak tallene.

Det finnes mange typer overgrep og krenkelser som kan skje i terapi. Denne artikkelen konsentrerer seg om dem som er av seksualiserende eller seksuell natur. På grunn av det spesielle forholdet som oppstår mellom terapeut og pasient i en terapirelasjon, betegner enkelte forfattere dette som profesjonell incest (se f.eks. Schoener, 2000). Det vil i artikkelen gjøres rede for forskjellige

1. Mette Sundt Gundersen: Spesialist i klinisk psykologi. Forfatter av "Det skal ikke hende... Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi." Grunnlegger av Stiftelse 99. E-post: mette.sundtgundersen@mac.com.

typer grensekrenkelser, og legges vekt på hvordan de kan skje, mulige konsekvenser av dem og mulige forebyggende tiltak.

Det er to hovedparter som er utsatte i slike saker: pasienten og terapeuten. De er sårbare på hver sin måte. I tillegg er pasientens så vel som terapeuten nære relasjoner utsatte. I en større målestokk vil et overgrep også ramme troverdigheten til terapeuten stand. Denne artikkelens utgangspunkt er at uansett hva som skjer i en terapeutisk relasjon, så er det terapeuten faglige plikt å ha oversikt over seg selv og situasjonen, og å holde seg innenfor det etiske rammeverket.

Grensekrenkelser og overgrep er ikke å forveksle med feilbehandling. Dette forstår jeg som faglig sett feil valg av metode. Mens valget kan være feil, og også skadelig for pasienten, er det foretatt innenfor faglig og etisk forsvarlige rammer, og med kurativ intensjon. Feilbehandling kan forekomme parallelt med terapeutiske overgrep, men begrepene er ikke synonyme.

En asymmetrisk relasjon – fra første stund

De fleste som oppsøker terapi gjør det fordi de opplever at snublesnorene i livet er knyttet for stramt, og de trenger hjelp til å løse opp knutene som binder dem. Mens det å oppsøke profesjonell hjelp for noen er en grei avgjørelse, kan det for andre koste skam, tvil og usikkerhet. Når, etter det som for de fleste er en lang ventetid, den avtalte timen kommer, kan veien til venterommet være pinefull.

For terapeuten innebærer veien til det første møtet kanskje litt lesning av sakspapirer, og så noen skritt bort til døra for å åpne og ønske den nye pasienten velkommen til sitt domene. Allerede før første ord er vekslet er urealiteten mellom de to etablert. Kanskje kjenner også terapeuten en spenning forut for det første møtet, og forhåpentligvis er han eller hun innforstått med sårbarheten i dette øyeblikket. Men de to personene i dette møtet har et meget forskjellig utgangspunkt. At klimaet i terapirommet er annerledes enn i verden utenfor, vet terapeuten, men ikke alltid pasienten. Terapeuten ansvar er å legge til rette for at pasienten forstår dette, å skape en best mulig arbeidsallianse, og å hjelpe pasienten inn i en god prosess. Som pasient legger man sitt innerste indre fram til skue. Man er sårbar, og det er viktig at en terapeut holder seg til det og møter pasienten med en respektfull holdning.

Grenser og terapi

Inn i terapirommet har pasienten med seg sine normer, tanker og følelser om-

Seksuelle grenseoverskridelser, grensekrenkelser og overgrep i terapi

kring grenser, slik de har blitt formet gjennom oppvekst og erfaring. Kanskje er personen trygg på disse grensene, kanskje ikke. Muligens er temaer knyttet til grenser noe av det personen søker hjelp for. Terapeuten har også med seg sine grenser. Forskjellen er at terapeuten forventes å ha et reflektert forhold til egne normer og grenser, og å kunne håndtere disse i en terapisisuasjon. Terapeuten og pasienten kan også ha ulik kultur eller ulikt livssyn, noe som kan ha betydning for oppfatningen av nevnte normer og grenser. Igjen er det terapeuten som må være dette bevisst, og som har ansvar for å forholde seg til dette på en måte som er mest mulig terapeutisk nyttig for pasienten. Mens terapeuter som privatpersoner kan ha en egen stil og egne meninger, er det en sentral del av rollen å tenke gjennom hvor mye av dette som er nyttig at tas med inn i terapirommet. En av terapeutens utfordringer er å finne det gode kompromisset mellom nærhet og avstand, og mellom det autentiske og det disiplinerte, når det gjelder væremåte ovenfor den enkelte pasient.

Et annet aspekt som kan være nyttig å ha i tankene, er forskjellen i status mellom pasient og terapeut. Pasienten kan være alt fra en hjemløs tenåring til en anerkjent professor. Men i denne situasjonen er vedkommende en hjelpesøkende. Terapeuten er en person med lang utdanning og en respektert stilling i samfunnet. Samtidig er det alltid slik at det finnes to eksperter i rommet. Den ene er ekspert på seg selv, sin historie og sitt liv. Det er pasienten. Den andre er ekspert på menneskelige emosjoner, relasjoner og atferdsmønstre. Det er terapeuten. Disse to inngår en mer eller mindre uttalt kontrakt hvor formålet vanligvis er å avhjelpe de vansker pasienten presenterer. For å oppnå et vellykket samarbeid er det nødvendig at terapeuten bruker sin ekspertise til å hjelpe pasienten til å forstå, organisere, benytte og eventuelt utvide sin ekspertise til å løse flokene i sitt liv.

Terapeutisk arbeid kan være berikende og til hjelp, men innebærer vanligvis også tøffe tak underveis. Å åpne opp rom som har vært avstengt kan innebære å møte seg selv på en smertelig måte. Dette gjør pasienten sårbar. Terapeuten må dermed til enhver tid anerkjenne at dette er *pasientens* prosess, og terapeuten må vurdere hva pasienten trenger for å komme videre, og reflektere over den terapeutiske relasjonen.

Gutheil og Gabbard (1993) definerer grenser mellom mennesker som ytterkanten av passende atferd. Siden terapi ofte handler om skambelagte, sårbare og meget personlige temaer, må terapeuten evne å gå inn i slike områder på en trygg måte som ivaretar pasienten og den terapeutiske prosessen. I en senere artikkel (1998) utdyper Gutheil og Gabbard viktigheten av klare grenser, og poengterer at hensikten med grenser i terapi er å skape en trygg atmosfære

hvor terapien kan vokse og blomstre. Pasienten må føle seg trygg på sin terapeut, både når det gjelder kunnskap og medmenneskelighet. Det forutsetter både profesjonalitet og innlevelsessevne hos terapeuten.

Grenseoverskridelser i terapi

En terapeutisk grenseoverskridelse defineres av at minst ett av to sett med rammer sprenges:

1. Samfunnsmessige og kulturelle normer
2. Individbestemte grenser

Disse er ikke konstante. De varierer med tidsepoke, sted og kultur. Schoener (2000) påpeker at de også varierer i forhold til hvilken terapiform som benyttes. Innen noen terapitradisjoner vil det være utenkelig at en terapeut tilbyr sin gråtende pasient en hånd å holde i, mens det innen andre tilnærminger vil være helt kurant å gå på kino eller kjøre heis med en fobisk pasient. Det finnes et vidt spekter av terapeutiske rammer, hver med sine forskjellige intervensjonstyper. Alle disse kan gjennomføres med dyp respekt for pasientens integritet, og uten å være - eller oppfattes som - grenseoverskridende.

Et eksempel på dette kan en se i filmen *Good Will Hunting* fra 1997. I en scene tar terapeuten (Robin Williams) sin unge pasient (Matt Damon) med ut på tur. I en annen snakker han om sin avdøde kone. I en tredje scene klitrer terapeuten sin pasient opp etter veggen, og i en fjerde klemmer de hverandre. Filmen skildrer en rekke intervensjoner som isolert sett kunne anses å være høyst tvilsomme, som naturlige deler av en terapiprosess. Dette er ikke etisk uproblematisk, men fordi vi som tilskuere fatter sympati for filmens hovedpersoner, forføres vi til ikke å stille spørsmål ved det. Å overskride grenser slik det skjer i denne filmen, er ikke *nødvendigvis* skadelig eller uetisk. Men det får konsekvenser - positive eller negative. Når fastsatte eller forventede grenser i terapi overskrides, må terapeuten ha en *særlig* reflektert og ansvarlig tilnærming.

Når så er sagt er det likevel enkelte rammer som synes å være konstante på tvers av tidsepoker, kulturer og situasjoner, blant annet respekt for pasientens integritet og forbud mot seksuelt engasjement fra behandlerens side. Disse er for øvrig elementer i EPNP (Etiske Prinsipper for Nordiske Psykologer). De kan også gjenfinnes i den hippokratiske ed.

Utforbakker og kamelneser

Studier viser at veien fra en benign grenseoverskridelse til en malign grensekrenkelse vanligvis innebærer en utglidning i forkant. Det finnes to engelske uttrykk som ofte vises til i denne sammenheng: «the camel's nose» og «the slippery slope».

Uttrykket «the camel's nose» er av usikker opprinnelse, men ble blant annet gjort kjent gjennom barnediktet *An Arab Fable* av Lydia Huntley Sigourney (1791-1865), som var en av datidens populære poeter. Moralen i diktet er at dersom en kamel ber sin eier om å få varme nesetippen i teltet, så vil resten av kroppen etterhvert følge etter – og da er det snart ikke plass igjen i teltet, og eieren mister verksted, hjemsted og seg selv. Uttrykket har blitt stående og brukes nå også i politiske og juridiske sammenhenger. Det står som en advarsel om uheldige konsekvenser som kan oppstå dersom man begår visse handlinger – uten at det nødvendigvis innebærer kritikk av de handlingene som førte fram til konsekvensene. Et eksempel på dette kan man finne i Irvin Yaloms roman *Dobbeltspill i sjeledypet* (1999), hvor pasienten Belle kan sammenliknes med kamelen, og terapeuten Seymour Trotter ikke er ulik kameleieren. Belle krever stadig mer bekreftelse av sin terapeut, og Seymour gir mer og mer etter. Underveis forsvinner den faglige integriteten.

«The slippery slope» («den glatte utforbakken») er et nesten like gammelt begrep, hentet fra Will Henry Thompsons dikt *High Tide at Gettysburg*, skrevet i 1888. Innen psykiatrisk og psykologisk overgrepforskning er også «the slippery slope» blitt et sentralt begrep. Mange forfattere (f.eks. Gabbard & Gutheil, 1993; Schoener, 1995) bruker det for å beskrive hvordan en terapeut som befinner seg på kanten av de etiske grensene kan miste fotfestet og «skli» nedover mot uetisk atferd – kanskje uten å vite det selv. Oftest tar da terapeuten med seg pasienten i fallet.

Disse uttrykkene brukes nærmest parallelt. Men det er en vesentlig om enn subtil forskjell mellom dem: I det første, «the camel's nose», ligger det implisitt at kamelen (her: pasienten) skaper problemer for den (dum-)snille eieren (her: terapeuten). Pasienten tillegges ansvar for hvordan terapien utvikler seg. I det andre uttrykket, «the slippery slope», tildeles det ikke ansvar for det som skjer til noen, heller ikke til terapeuten. I den grad det pekes på årsaker, impliseres det at man må lete etter disse *før* man kom til kanten av stupet. Men i følge all fagetikk ligger ansvaret hos terapeuten hele veien.

Schoener (1995) er tydelig hva gjelder ansvarsallokering. Fra sine undersøkelser konkluderer han at det oftest skjer andre typer grenseoverskridelser i

forkant av seksuelle grensekrenkelser. De vanligste, konkluderer han, er at terapeuten formidler unødvendige, eventuelt private eller intime opplysninger om seg selv. Etterhvert kan denne typen atferd eskalere. Schoener skisserer et fem-trinns mønster:

1. Terapeuten avslører personlige behov.
2. Slike opplysninger blir vanlige innslag i terapien.
3. Terapeuten avslører sider ved seg selv som ikke tydelig er knyttet til terapien, til pasientens problemer, eller som kan virke støttende eller oppmuntrende for pasienten.
4. Terapeutens opplysninger eller betroelser tar opp økende tid i pasientens time.
5. Dette skjer på tross av pasientens åpenbare forvirring eller romantisering.

Schoener beskriver altså et mønster hvor terapeutens behov styrer terapiutviklingen, og hvor det er terapeuten som setter utfordringene. Terapeuten er ikke et hjelpeløst offer: Han eller hun er styrt - bevisst eller ubevisst - av egne ønsker og forestillinger.

For en trengende og avhengig pasient kan det være vanskelig å vite hva som er å kjenne seg sett og verdsatt her og nå, og hva som er terapi. Det å kjenne seg møtt og forstått kan bringe frem behov for mer bekreftelse, og dette kan av og til lede til ønsker som kan være kontraterapeutiske. Det har en pasient lov til å gi uttrykk for. Men dersom terapeuten velger å la det styre terapien - ut ifra egne behov for kjærlighet og anerkjennelse - kan veien til neste grenseoverskridelse være både kort og glatt.

I det følgende skal vi ta for oss de fire vanligste formene for krenkelser i terapi. De første tre er ikke i seg selv av seksualiserende art, men utgjør noen ganger en del av hendelsesforløpet, enten forut for, parallelt med eller etter seksuelle overgrep.

Underengasjement

Grunebaum (1986) gjennomførte en undersøkelse av 47 personer som mente seg utsatt for skadelig terapi. Alle som deltok var selv helsearbeidere. Opplevelser som gikk igjen hos denne gruppen var at terapeuten ble opplevd som «kald» og var rigid i sine teknikker. I etterkant av terapien uttrykte mange at de følte at terapeuten var distansert og uinteressert i dem. Samtidig satt de

igjen med en følelse av at det var deres egen skyld - de hadde «dumpet» i terapi. Dette gjorde, ifølge Grunebaum, at mange av dem fortsatte å gå i terapien, noen i mange år. Ifølge hans analyse kunne dette forstås som et uttrykk for at så lenge terapien pågikk klarte de å bevare et håp om at terapeuten kunne gi dem den hjelpen de søkte, mens dersom de sluttet ville de kjenne seg mislykket. Grunebaum kommenterer i denne studien at det var påfallende mange som beskyttet terapeutens identitet.

Overengasjement

Sentralt i overengasjement står fenomenene overføring og motoverføring, og terapeutens evne og vilje til refleksjon over disse. I enhver terapi er terapeuten den som bærer ansvaret for hvordan terapien utvikler seg. Det betyr at terapeuten også har ansvar for egne behov og følelser. Terapeutens følelser kan være nyttige terapeutiske redskaper, men det er viktig at de observeres nøkternt, holdes under kontroll og brukes til pasientens beste. Terapeuten må ha oversikt over *hele* situasjonen, og søke å forstå hva som skjer i terapien, inkludert hvordan egne opplevelser/minner/traumer/lengsler eventuelt spiller inn og influerer på den. Er ikke terapeuten tilstrekkelig årvåken kan det innebære at de terapeutiske grensene blir slørete, og medføre en risiko for at terapien tar en uheldig vending.

Epstein og Simon (1992) har utviklet et redskap som kan hjelpe terapeuter med å evaluere egen grensesetting. De spesifiserer en rekke områder som de mener at krever ekstra årvåkenhet, refleksjon og egnevaluering:

1. Egen åpenbar fortvilelse.
2. Sårbare områder (bestemte temaer som skilsmisse eller tap, relasjonelle tendenser som overidentifisering med pasienten eller tiltrekning).
3. Terapeutisk utglidning, herunder tap av terapeutisk fokus så vel som unødvendige endringer av praktiske og økonomiske sider av terapeutisk praksis.
4. Mangel på målsetning og refleksjon omkring framgang.
5. Terapi som varer lenger enn normalt (for denne typen pasient i denne terapeutens praksis).
6. Å bevege seg utenfor eget kompetanseområde (f. eks. motvilje mot andres evaluering, ønske om å klare alt selv, være den reddende helt).
7. Overinvolvering i pasientens liv.
8. Bruk av teknikker som går utover alminnelige terapeutiske rammer, for

eksempel rutinemessig klemming, direkte intervensjon i pasientens liv, gi betroelser om seg selv eller å la voksne pasienter sitte på fanget.

Barrett (2001) viser til avhengighetsproblematikk og påpeker at psykoterapi ikke bare skal hjelpe pasientene til å håndtere sine vansker, men også hjelpe dem med å frigjøre seg fra terapeuten når tiden er moden for det. Han mener at terapeuter som overengasjerer seg i sine pasienter kan ha egne underliggende problemer, for eksempel et behov for at folk er avhengige av dem. Ikke alle terapeuter ivaretar denne delen av terapien:

“Bildet av meg vil dekke over og skyve andre bilder helt i bakgrunnen. Kjenn at bildet av meg er helt tydelig. Helt tydelig. Slik er det, hele tiden, i mange, mange, mange, mange, mange år. Alltid.”

Ovenstående er direkte sitat fra et lydbånd som en terapeut spilte inn og ba sin pasient høre på daglig (Kaluza, 2004).

Doble relasjoner

Når en terapeut og en pasient har felles anliggender utenfor terapirommet oppstår doble forhold eller relasjoner. Eksempler på dette kan være alt fra å ha barn i samme klasse til å omfatte direkte kritikkverdige eller ulovlig virksomhet, som økonomisk utnyttning. At en terapeut inngår en intim forbindelse med en av pasientens pårørende er et eksempel på en dobbel relasjon som er relevant for denne artikkelens tema.

Den norske Lægeforenings etiske retningslinjer nevner det også, om enn noe vagere, men er klar på at leger for eksempel ikke skal søke økonomisk gevinst gjennom sin henvisningspraksis. Disse retningslinjene er riktige og nyttige, men å relatere dem til de konkrete dilemmaene i hverdagen krever også en høy bevissthet hos den enkelte helsearbeider.

Viktige elementer i terapi er tillit og taushet, og på mange måter er det terapeutiske rom et fredet sted hvor pasienten i ro og trygghet skal få definere hva som skal fortelles, og i hvilken rekkefølge. Terapeutisk arbeid innebærer også at de fleste pasienter utvikler en grad av avhengighet i forhold til sin terapeut, noe som i svært mange tilfeller også er en nødvendig del av den terapeutiske prosessen. Doble relasjoner kan forstyrre dette.

Dette kan være et av de vanskeligste problemområdene å forholde seg til for en terapeut på en realistisk, gjennomtenkt og konsekvent måte. Å virke som

terapeut på et stort tettsted gir en viss beskyttelse mot at doble relasjoner kan oppstå, men i tynt befolkede strøk kan det være atskillig verre. Det kan være bortimot umulig å unngå å støte på sine pasienter i sosiale sammenhenger, det være seg på butikken, i selskap hos felles venner eller i janitsjarkorpset. En terapeut forventes å håndtere slike situasjoner på en måte som ivaretar taushetsplikt og tillit, men fagetikken anbefaler at doble relasjoner unngås.

Ikke alle er enige i dette. Ofer Zur (2000) er talsmann for at ikke-seksuelle doble forhold kan være nyttige i terapeutisk arbeid. Han står ikke uimotsagt. Pope (1990) er talsmann for en restriktiv holdning, og ser doble forhold som klare brudd på nødvendige grenser mellom terapeut og pasient. Gutheil og Gabbard (1998) inntar et middelstandpunkt, og tar til orde for å ta konteksten med i vurderingen. Grenser i terapi, mener de, må sees som fleksible rettesnorer snarere enn fastsatte lister med forbudt atferd.

Zur og Pope kan stå som ytterpunkter i en vanskelig diskusjon. Faglig sett har den pågått i alle fall siden Hippokrates' tid. Det er også et yndet tema i populærlitteratur og film. Her kan nevnes en film fra 1991, *Prince of Tides*, som tok for seg en psykiater med en suicidal pasient. Hun innkalte pasientens bror for å innhente komparentopplysninger, og i løpet av de neste par timene på lerretet veksler broren mellom å ha rollen som pårørende, informant, psykiaterens arbeidstaker, pasient og elsker. I den norske filmen *Detektor* fra 2000 blir også doble relasjoner skildret – der får psykologen sin pasient til å hente kompisene sine og banke opp mannen til psykologens kjæreste.

Seksuelle overgrep

Den enkleste definisjonen på seksuelle overgrep eller grensekrenkelser i terapi er at det er en seksuell grenseoverskridelse som begås eller tillates begått av en profesjonell terapeut ovenfor dennes pasient. Det kan omfatte alt fra en uheldig bemerkning til voldtekt (se f. eks. Schoener, 2000; Pope, 1990, 1994). I den internasjonale litteraturen benevnes ofte seksuelle overgrep i terapi som «profesjonell incest». Mange fagfolk jeg har truffet reagerer imidlertid sterkt og negativt på denne betegnelsen, og det synes å være en utbredt oppfatning at benevnelsen «seksualiserte grenseoverskridelser» eller «seksuelle overgrep» er bedre. Nielsen (2008) bemerket i sin anmeldelse av boken *Det skal ikke hende...* (Gundersen, 2007) at begrepet profesjonell incest var svært inkluderende, og burde kanskje diskuteres. Så langt jeg kan spore med Google, eksisterer ikke noen diskusjon omkring profesjonell incest, seksuelle grenseoverskridelser eller seksuelle overgrep i terapi i Norge pr. d.d. Det finner jeg bekymringsfullt.

TELL, en støtteorganisasjon for overgrepsofre, er imidlertid klar på det incestuøse aspektet, og begrunner ordvalget med terapirommets særegne miljø, hvor avhengighets- og tilknytningsdynamikk er sentrale faktorer. Det er for øvrig ifølge fagetikken ikke interessant eller relevant hvorvidt terapeutens seksuelle grenseoverskridelser er velkomne eller uønskede fra pasientens side. I denne artikkelen legges til grunn at enhver seksuell grenseoverskridelse er uetisk og i strid med gjeldende lovverk.

Seksuelle grensekrenkelser har mange former og grader. Den tydeligste formen er voldtekt (se f.eks. Pope, 1994). Mens dette synes å være sjelden, så finnes det kjente tilfeller av dette. Det er også kjent at hypnose eller medikamenter er brukt for å tiltvinge seg seksuell kontakt i en terapissetting. I Norge var det på slutten av 1990-tallet et tilfelle hvor en terapeut brukte hypnose på sin pasient, for så å bruke terapitimen på å snakke om egne seksuelle fantasier. Unødvendige eller fiktive undersøkelser av pasienter har også forekommet, for eksempel «sjekke klitorisrefleksen» eller stimulere brystvorter «for å se om de reagerer normalt». Verbal seksuell trakassering kan også foregå i terapirommet. Det kan dreie seg om kommentarer med seksuelle overtoner, eller direkte seksuelle kommentarer om pasientens klesdrakt eller kropp.

En annen form for overgrep er det som kan kalles seksuelle tilsnikelser. Et eksempel på dette kan være å legge en trøstende hånden på pasientens kne, for så å la den ligge der litt for lenge eller bevege den oppover. Enkelte terapeuter har fortalt sine pasienter at det å «kjenne på voksen seksualitet» er nødvendig for å at de skal få det bedre med sine vansker, og har tilbudt å «hjelpe dem» med det, ved å beføle dem. Slik seksualisering kan foregå i terapirommet eller utenfor. Kontakt utenfor terapirommet kan noen ganger inngå i en utglidning forut for seksuelle overgrep i en terapeutisk relasjon. Ett eksempel på dette er en norsk terapeut som fortalte pasienten at han ønsket å komme henne nærmere, hvorpå han inviterte henne ut og så initierte seksuell berøring. I de påfølgende terapitimene ble det gjennomført samleie på kontorgulvet. Det tok flere år før pasienten meldte denne saken til Helsetilsynet.

I enkelte tilfeller kan terapeuten oppleve å få sterke følelser for sin pasient. Dersom terapeuten da ikke søker kollegial veiledning, ikke reflekterer over sine emosjoner, og ikke tar i betraktning at dette kan være uttrykk for motoverføring, kan han eller hun komme til at følelsene er uttrykk for sann kjærlighet. Da kan terapeuten legge grunnlaget for å se bort fra den profesjonelle kontrakten, og dermed fraskrive seg ansvar og plikter.

I den sammenhengen er det på sin plass å nevne «den ekte kjærligheten». Romantiske skildringer av den kjekke terapeuten (oftest en lege) med varme

hender og kloke øyne som forelsker seg i sin vakre, unge pasient – som han nettopp har reddet fra den visse død – er behørig beskrevet i kiosklitteraturen. Etter hundre eller så sider med forviklinger blir pasienten og legen gift, og lever lykkelig i alle sine dager.

I virkeligheten er det ikke slik. Det er ikke uproblematisk for en pasient å inngå et romantisk forhold til en (tidligere) terapeut. Pasienten har fortalt sin terapeut om hendelser og følelser som det slett ikke er sikkert at han eller hun ville tatt opp med en ektefelle. Terapeuten har ikke eksponert seg på samme måte. Utgangspunktet for relasjonen gjør at forholdet mellom de to alltid vil være skjevt.

Det finnes lite statistikk på dette, men det kan nevnes en studie fra California i 1987 hvor 559 pasienter som var seksuelt involvert med sine tidligere terapeuter ble kartlagt. Av disse hadde 5 giftet seg med sin tidligere terapeut, og kun én oppga å ha et lykkelig ekteskap (Bouhoutsos, 1987, ref. i Vasquez, 1991). Det finnes mange former for seksuelle overgrep. Kun et fåtall er beskrevet her. Felles for dem alle er at terapeuten lar egne behov styre terapien, og legger til side sine etiske og faglige forpliktelser for pasienten.

Kjennetegn ved terapeuten - og pasienten?

Det har vært gjort forsøk på å identifisere fellestrekk hos både pasienter og terapeuter, og også ved situasjonen, når terapeuter har begått grensekrenkelser og seksuelle overgrep i terapi.

Når det gjelder pasienten har det vært mange forsøk på å finne egenskaper som kan innebære en økt risiko for å bli utsatt for grensekrenkelser og seksuelle overgrep (se f.eks. Stone, 1976; Holzman, 1984; Eymann og Gabbard, 1991). Felles for disse er at de fokuserer på ofrenes atferd og/eller psykiske karakteristika. Dette er kunnskap som potensielt kan bidra til å forstå dynamikken i profesjonell incest – men det bør bemerkes at det aldri må brukes som grunnlag for ansvarsfraskrivelse. Karakteristika ved en pasient gir aldri en terapeut lisens til å begå noen form for grensekrenkelse eller seksuelt overgrep. Det er først med Janet Wohlbergs (en av TELLs fem grunnleggere) og Schoeners arbeider på 1990-tallet at man kommer fram til at offerkarakteristika ikke er forskjellige fra den vanlige populasjonens. Notman og Nadelson (1994) konkluderer også klart: Det er ingen enestående pasientprofil som kjennetegner dem som utsettes for overgrep i terapi.

Når det gjelder terapeuter har det også vært gjort flere undersøkelser. Flere av dem viser at det *ikke* er den unge, uerfarne terapeuten som overskrider

grenser hyppigst. Undersøkelser fra flere land, også Norge, viser at det blant psykologer begås flest overgrep blant dem som har mer enn 11 års erfaring, og av disse flest blant dem som har arbeidet i mer enn 16 år (se f.eks. Schoener, 2000; Statens Helsetilsyns pressemeldinger). Pope (1994) fant at det mest typiske scenariet var at en eldre høystatus mannlig terapeut forgrep seg på en yngre kvinne med lavere status enn ham. Det har for øvrig i mange år vært god latin at det viktigste kjennetegnet på at en terapeut vil begå seksuelle grenseoverskridelser, er at han/hun har gjort det før (Holroyd & Brodsky, 1977).

I faglitteraturen er det i liten grad diskutert hvorfor det er de mest erfarne terapeutene som begår flest overgrep. Schoener (2000) tar opp at en del av overgrepene kan skyldes livskriser (f.eks. skilsmisse, tap av signifikant partner) eller sykdom (f.eks. demens, progredierende lidelse, alkohol- eller stoffmisbruk). Dette er problemer som oftest kan oppstå senere i livet, og i mindre grad rammer den helt unge terapeuten. Den uerfarne terapeuten er dessuten ofte i spesialisering, og har obligatorisk veiledning i flere år, samt obligatoriske kursrekker. Lite erfaring sammen med god veiledning og oppfølging kan være vesentlige faktorer i det at den unge terapeuten holder seg til det han/hun har lært og ikke våger seg utenfor det som er absolutt sikkert.

Vel så viktig mener jeg det er å påpeke at den erfarne terapeuten ofte er uten kontrollmekanismer i sitt arbeidsmiljø eller i sitt fagmiljø. Etter spesialisering i psykologi stilles ingen krav til regelmessig veiledning eller kollegasamtaler. For å vedlikeholde spesialistkompetansen kreves kun 96 timer kursvirksomhet i løpet av en femårsperiode. Meg bekjent stilles ingen slike krav til psykiatere. Mange terapeuter arbeider alene, og kan ha liten eller ingen kontakt med andre terapeuter. For terapeuter som er ansatt ved for eksempel sykehus eller klinikk spiller arbeidsgivers holdninger og økonomi inn: Man er ofte tilbakeholdne med økonomisk støtte til kurs, kollegasamtaler o.l. Det er fristende å nevne at jeg i ti år var eneste psykolog som arbeidet med terminale pasienter i min landsdel. I løpet av den perioden ble alle søknader om økonomisk stønad til kollegasamtaler innen samme type arbeid avslått av min ledelse. Det siste året fikk jeg adgang til å samtale med en prest i arbeidstiden en gang i måneden. Alle kurssøknader på arbeid med palliative pasienter ble avslått. Det var ingen oppfølging eller støtte tilgjengelig. Fagforening var heller ikke behjelpelig med dette. Oppsummeringsvis er det rimelig å konkludere med at kontroll, støtte og oppfølging er mangelvare for svært mange terapeuter. Det er min mening at de respektive fagforeningene bærer et stort ansvar for å sikre den mer erfarne terapeuten.

Imidlertid er det ikke så enkelt å identifisere potensielle seksuelle overgripere før de er anmeldt for forholdet. Borys (1988) tok utgangspunkt i anonyme spørreskjemaundersøkelser, og prøvde ved en blindstudie (uten kunnskap om hva terapeuten hadde oppgitt med hensyn til seksuelt engasjement) å skille mellom dem som sa de hadde hatt seksuelle forbindelser med sine pasienter, og dem som sa de ikke hadde hatt slike forbindelser. Hun klarte kun å identifisere 55% av de «erotiske» terapeutene og 79,4% av de «ikke-erotiske». Tilsvarende funn ble gjort i en undersøkelse av Lamb og Catanzo i 1998 (Schoener, 2000).

Borys (1988) fant også at det var stor variasjon mellom hva terapeuter fant å være akseptabelt vedrørende det å krysse grenser i terapi, som å motta små gaver, inngå vennskap etter avsluttet terapi eller fortelle om egne problemer. Schoener (2000) fant i sitt materiale at selvavsløringer fra terapeut var den vanligste grenseoverskridelsen som gikk forut for seksuell involvering med pasienten.

Schoener (2000) har prøvd å identifisere risikofaktorer hos terapeuten når det gjelder grensekrenkelses og seksuelle overgrep, og skisserer noen områder som han mener kan ha betydning: Dårlige faglige kunnskaper generelt, mangelfulle kunnskaper om spesifikke forhold, eksempelvis kulturforskjeller, og personlige forhold hos terapeuten, herunder livskrise, sykdom, naivitet og alkohol- eller medikamentmisbruk.

En faktor som er gjennomgående i de saker som beskrives, men som er lite omtalt i litteraturen, er mangel på ytre kontroll. Terapi foregår som oftest i et lukket rom. Det er en akseptert og ofte nødvendig ramme for et terapeutisk arbeid, men innebærer også faremomenter. At en terapeut arbeider alene betyr at de kontrollmekanismer som vanligvis trer i kraft når en arbeidstaker viser avvik, ikke er til stede. Mange terapeuter arbeider også i privat praksis og har ikke tilgang til daglig interaksjon med kolleger, og den kompasskontrollen det kan gi.

Forekomst

Det har vært gjort en rekke undersøkelser vedrørende omfanget av seksuelle overgrep og seksuelle grensekrenkelses i terapi. Mange ble gjort i USA på slutten av 1970-tallet og fram mot 1980. Dette var selvrapporderingsstudier. I disse undersøkelsene svarte rundt 10 % av alle spurte terapeuter at de hadde hatt seksuell omgang med én eller flere av sine pasienter (Brodsky, 1989; Pope, 1990). I senere undersøkelser av tilsvarende art (anonyme selvrapporderingsundersøkelser) har tallet sunket noe. Det er uvisst om dette skyldes en reell

nedgang, eller om det er fordi terapeuter - i takt med tydeligere etiske normer og økende kriminalisering av slike handlinger – har blitt mer tilbakeholdne med å oppgi dette.

En sammenfatning av selvrporteringsstudier i perioden 1990 til 1994 er referert av Schoener (1995). Tallene som framkommer er basert på at behandlere oppga å ha hatt seksuell kontakt med minst én pasient. Imidlertid påpekes det at svarprosentene er forholdsvis lave. Schoener (1995) konkluderer derfor med at disse tallene trolig er konservative. Resultatene er sammenfattet i tabell I:

	mannlige terapeuter	kvinnelige terapeuter
psykologer	10 %	3 %
psykiatere	7 %	3 %

Tabell I: Sammenfatning av amerikanske undersøkelser i perioden 1990-1994. Prosentvis angivelse av behandlere som vedgår å ha hatt seksuell kontakt med pasienter under eller etter behandling.

Schoener (1995) gjorde videre undersøkelser vedrørende kjønnsfordelingen mellom behandler og pasient når det gjelder seksuell kontakt. Også dette var en sammenfatning av selvrporteringsstudier. Resultatet presenteres i tabell II:

	mannlige terapeuter	kvinnelige terapeuter
mannlig pasient	5 %	5 %
kvinnelig pasient	70 %	20 %

Tabell II: Forekomst av seksuell kontakt, prosentvis etter pasientens og terapeutens kjønn (basert på undersøkelser i USA 1990-1994)

Som det framgår av tabell II er det i hovedsak mannlige terapeuter som inngår seksuell kontakt med kvinnelige pasienter.

Det skal bemerkes at tallene er representative for andel utdannede terapeuter, sett i et kjønnsrelatert perspektiv. Det er først de siste tiårene at andel utdannede kvinnelige terapeuter har vært stigende, for nå langt å overstige andel utdannede mannlige terapeuter (se f.eks. Universitas, 2012, SSBs tabeller). Likeså er det langt fler kvinner enn menn som oppsøker terapeutisk hjelp (Wichstrøm, 2009). Å også ta i betraktning samfunnets generelle forståelse av menns og kvinners seksuelle roller kan bidra til å forstå tallene bedre.

Haavind og Hvistendal (1992) gjorde en tilsvarende undersøkelse blant psykologer i Norge. Deres tall er i overensstemmelse med de som framgår i tabell I. Av dette materialet framkom det at cirka 5 % av psykologene som svarte på spørreskjemaet, oppga at de hadde hatt seksuell kontakt med pasienter, enten mens de var i terapi eller etterpå. Det tyder på at norske forhold lar seg sammenlikne med andre vestlige land og USA.

Mens 5 % kan virke som et sjokkerende høyt tall skal vi ikke se bort fra det motsvarende tallet: 95 % av alle spurte psykologer svarte at de ikke hadde hatt seksuell kontakt med pasienter. Det er betryggende høyt, selv i en anonym spørreundersøkelse. Satt i perspektiv mot andre yrkesgrupper ser det ut som terapeuter ikke er blant verstingene: Eksempelvis kan nevnes Cammaert (1985) som regner med at ca. 20 % av kvinnelige bachelorstudenter opplever upassende seksuelle tilnærmelser fra personer med autoritet over dem. I USA er det kun de siste 15 årene det har vært etiske regler i de fleste statene som fraråder eller forbyr seksuell omgang mellom advokater og deres klienter. Den katolske kirkens problemer med seksuell utnyttelse av særlig unge gutter er velkjente fra norsk og internasjonal presse.

Som nevnt tidligere er det endel problemer med anonyme selvrapporтерingsundersøkelser, som lav svarprosent og data som ikke er kontrollerbare. Forskning på andre samfunnsområder har vist oss at folks ærlighet på selvrapporтерingsskjema er begrenset. Blant annet kan nevnes arkeologen Bill Rathjes «Garbage Project» (se blant annet Lehmann, 2015), hvor han fant at mennesker konsekvent rapporterte en atskillig mer moderat alkoholbruk enn det deres søppelspann vitnet om (40-60 % mindre). Rathjes funn kan sees som en bekreftelse på det menneskelige trekket å ønske å bli sett i et bedre lys, og at vi som oftest er lite villige til å fortelle om sider og handlinger som vi anser som mindre sosialt akseptable.

På internasjonal basis vet vi at om lag 50 % av alle spurte psykologer forteller at de har eller har hatt minst én person i terapi som oppgir å ha vært utsatt

for overgrep av en tidligere behandler (Jehu, 1994). Tilsvarende tall i Norge ligger på 30 % (Haavind, 1994). Statistisk sett vil altså 30-50 % av de som leser denne artikkelen ha, ha hatt eller få pasienter som oppgir å ha vært utsatt for overgrep i en tidligere terapi. De vil være «den neste terapeuten», som så skal forholde seg til senskadene.

Etter grensekrenkelser: Hva føler pasienten og hva kan den neste terapeuten gjøre?

Hvilke konsekvenser skadelig terapi kan få synes lite skrevet om og lite systematisert. Meg bekjent er temaet heller ikke systematisk undervist i ved våre profesjoners grunnutdannelser eller etterutdanningskurs. Det er først høsten 2015 at det ble holdt et obligatorisk kurs for psykologer og leger i spesialisering om dette (Den sårbare terapeuten, kurs ved Sandviken sykehus, Bergen, okt. 2015).

Terapeuter som blir sanksjonert vil oppleve alvorlige konsekvenser i sitt liv, som tap av anseelse, emosjonelle påkjenninger og tap av arbeid for kortere eller lenger tid. Det er imidlertid mulig for dem å få hjelp, gjennom sine fagforeninger (dersom de er fagorganisert) eller via sine faglige nettverk. Pasienten, derimot, står oftest alene. Derfor ser jeg det som vesentlig at alle terapeuter er forberedt på hva det innebærer å være «den neste terapeuten». Vi trenger å kjenne til de problemene pasienten kan oppleve, for å vite hvordan vi best mulig kan møte ham eller henne.

De fleste pasienter oppsøker terapi fordi noe i livet er vanskelig. I en behandling hvor terapeuten overskrider grenser, seksualiserer terapien eller forgriper seg, påføres pasienten et nytt sett med problemer uten at de opprinnelige er løst. Tvert imot kan terapiopplevelsen forverre pasientens grunntilstand, i tillegg til å påføre nye traumer. Det finnes eksempler på pasienter som etter seksuelle overgrep fra terapeuten har begått selvmord. Andre har hatt psykotiske gjennombrudd eller utviklet tunge depresjoner. Samtidig vil deres tillit til profesjonelle hjelpere ofte være brutt, og en del har også kuttet all kontakt med helsevesenet. De har heller ikke noe organisert støtteapparat som kan fange dem opp, og vil ofte vegre seg for å snakke med andre om det de har opplevd.

Ikke alle reagerer slik. Noen snakker med en venn, andre tar kontakt med fastlegen. Men de fleste venner har ikke forutsetning for å forstå situasjonen og å gi adekvat støtte, og det er begrenset hva man kan fortelle en lege på de 10-15 minuttene en konsultasjon varer. Det er også vanligvis begrenset hva

fastlegen har lært om problemstillingen eller kan tilby av hjelp. Enkelte søker hjelp hos en ny terapeut, om enn ofte etter noe tid. Å oppsøke en ny terapeut kan imidlertid også by på problemer, ikke minst dersom pasienten har klaget inn den forrige terapeuten. Én kvinne jeg snakket med fortalte at hun i løpet av få måneder hadde fått 18 avslag fra psykiatere og psykologer, og at langt de fleste avslagene kom da hun fortalte at hun var klager i en pågående klagesak. De ble begrunnet med alt fra mangel på kapasitet til at terapeuten ikke ønsket å involvere seg i «noe slikt».

Et annet problem er at terapeuter kjenner eller kjenner til hverandre. Det kan gi lojalitetskonflikter, eller vansker med habilitet i forhold til å ta akkurat denne pasienten. Men når det dreier seg om mulige grensekrenkelser i terapi vil jeg si at man har en ekstra forpliktelse til å ta seg tid til å henvise videre dersom man velger å avslå.

En pasient som har opplevd grenseoverskridelser og -krenkelser, eventuelt seksuelle overgrep, vil sannsynligvis føle seg sveket og skadet av det som er skjedd. Det kommer mange og kompliserte følelser i kjølvannet. Det ser ut til at tidsfaktoren spiller inn: Jo lenger en er utsatt for sin overgriper, jo sterkere blir den emosjonelle tilknyttingen, og jo større blir skuffelsen, sårheten, tapet og savnet etterpå. Ofte er det også slik at jo lenger tid som er gått siden overgrepene, jo vanskeligere er det å avhjelpe konsekvensene.

En skal være klar over at en del av de som søker hjelp fremdeles treffer den krenkende terapeuten, og at de kan være sterkt bundet til denne personen. Mønsteret vi kjenner som Stockholmsyndromet er ikke sjelden. Selv om pasienten kognitivt ser at situasjonen er gal og skadelig, kan det kjennes svært vanskelig å bryte. Redselen for å skade til sin tidligere terapeut eller å miste relasjonen til vedkommende kan være stor. Dette er ikke noe de fleste pasienter forteller uten videre, og for mange terapeuter vil det være utenkelig at deres pasient stadig er involvert med den krenkende terapeuten. Ved å spørre om dette som en naturlig del av kartleggingen gjør terapeuten to ting: Han/hun innhenter nødvendig informasjon for videre behandling, eller - om pasienten ikke klarer å svare sant på det - sår et frø i pasienten som gjør at han eller hun våger å fortelle om det senere. Dessuten bidrar terapeuten ved sitt spørsmål til å vise pasienten at dette ikke er en unik situasjon, og at det kan forstås.

Jeg har selv hatt mange samtaler med ofre for profesjonell incest, og noe av det som er mest gjennomgående i disse samtalene er pasientenes lojalitet: De forteller ikke krenkerens navn, og gir ingen identifiserende informasjon. Det er først etter mange samtaler, når de er helt sikre på hvor de har meg, at de

forteller noe. Mange begynner svært forsiktig og vagt, og det er først når de forstår at den de snakker med har kjennskap til denne typen overgrep, at de tør å fortelle mer. Når de så åpner seg, gir de ofte uttrykk for sterk redsel for å bli mistrodd. Etter å ha følt seg alene lenge, og trodd at de er den eneste i verden som har opplevd overgrep i terapi, er hungeren etter å bli trodd stor.

Flere støtteorganisasjoner (f.eks. TELL) og forskere (se f.eks. Schoener og Milgrom, 1987) har prøvd å kartlegge de reaksjonene som kan oppstå hos pasienter etter seksuelle grenseoverskridelser i terapi, og implikasjoner for eventuell senere terapi. Sammen med egne erfaringer har jeg prøvd å sammenfatte disse til en liste:

1. Forvirring: Få terapier er utelukkende skadelige. I langt de fleste tilfeller vil en terapi også ha positive elementer. For en pasient kan det være nageno vanskelig å skille mellom hva som var bra, og hva som var overgrep. Dersom den krenkende terapeuten også har hatt blandede motiver og kanskje har vært overinvolvert i sin pasient, kan det bli ekstra vanskelig å forstå hva som var hva. Her kan den neste terapeuten yte viktig hjelp med å støtte pasienten i å sortere tanker og følelser.
2. Skyldfølelse: Når overgrep skjer, vil pasienten ofte sitte igjen med en opplevelse av skyld. Han/hun må ha gjort noe veldig galt som fikk dette til å skje. Et slikt tankemønster forsterkes også ofte i en eventuell klagesak hvor terapeuten skriftlig forsvarer seg med pasientens diagnose og symptomer. Å hjelpe pasienten med å plassere ansvaret vil derfor ofte være en viktig oppgave for den neste terapeuten.
3. Skam: Seksuelle handlinger er ofte skambelagte. Når pasienten og/eller terapeuten er i et fast forhold eller gift, kommer også begrepet utroskap inn i bildet for pasienten. Pasienten spør seg selv hvordan han/hun kunne havne i en slik situasjon. De kan føle seg dumme, naive og/eller umoralske. Psykoedukasjon om avhengighet, overføring og motoverføring kan bidra til at pasienten får bearbeidet følelsen av skam og av å ha sviktet.
4. Isolasjon: Mange trekker seg tilbake sosialt og mister for en periode kontakt med slekt og venner. Noen faller ut av arbeidslivet, hvilket igjen kan forsterke isolasjon og andre vansker. Her er det viktig at den neste terapeuten kartlegger situasjonen, og hjelper pasienten med å komme i gang igjen med sitt vanlige liv og nettverk. Terapeuten bør også kunne bistå med kontakt med offentlige institusjoner, hvis det er nødvendig.
5. Tap av selvtillit: Dette kan sees som en naturlig konsekvens av de første

punktene. Når man sliter, synker ofte mestringevnen. For den neste terapeuten blir det viktig å ta tak i dette, og å hjelpe pasienten til å sette mål og delmål og gi seg selv passende utfordringer, og å gi korreksjoner og motforestillinger når tiden er inne for det.

6. Depresjon: Dette er en naturlig følgesvenn til skyld, skam og synkende selvtillit.
7. Sorg: En terapi som har blitt skadelig, vil noen ganger avsluttes av pasienten, andre ganger av terapeuten. I begge tilfeller kan det innebære at pasienten mister en sentral person i livet, og en del pasienter sørger over tapet. Det er viktig at den neste terapeuten er i stand til å respektere sin pasients sorgreaksjon, uavhengig av den krenkende terapeutens atferd.
8. Selvmordstanker: Selvmordstanker og suicid er kjente reaksjoner hos pasienter som har vært utsatt for seksuelle grensekrenkelser i terapi. Den neste terapeuten bør kartlegge dette, og følge det nøye gjennom behandlingen.
9. Mistillit: Når en terapeut har sviktet, er det lett å generalisere. Generaliseringen kan omfatte bare terapeuter generelt, men ofte sprer den seg også til annet helse- eller hjelpepersonell. Dette kan i enkelte tilfeller få store konsekvenser, både psykisk og fysisk. Den neste terapeuten kan få en større oppgave enn vanlig med å etablere tillit og en god arbeidsallianse.
10. Mistenksomhet: Dette er beslektet med mistillit og angst. En pasient som har vært utsatt for grensekrenkelser, kan ha vansker med å tro at annet helsepersonell kan ha gode intensjoner. Velmente utsagn, råd eller anbefaling kan i pasientens ører egentlig bety det motsatte. Dette kan tolkes som behandlingsresistens av helsepersonell. Når den neste terapeuten er klar over dette, kan han/hun bedre forholde seg til det, og også hjelpe pasienten å sette ord på det.
11. Ambivalens: Mange pasienter beskriver denne dobbeltholdningen. De føler sinne mot den krenkende terapeuten, men er samtidig glad i ham/henne. De ønsker å innrapportere det som er skjedd for helsemyndighetene, men har ingen tro på at det har noen hensikt. De ønsker hjelp, men stoler ikke på den hjelpen de tilbys. Den neste terapeuten kan hjelpe pasienten med å bearbeide, sortere og romme følelsene sine, og støtte vedkommende i å finne ut hva han eller hun vil gjøre videre. At en pasient skal innrapportere en krenkende terapeut er ingen selvfølge: Det koster dyrt, både i krefter og følelser, og prosessen kan være svært ubehagelig. Den neste terapeuten kan ha sin klare mening om hva som bør

gjøres, men dette er en avgjørelse som må eies helt og fullt av pasienten. Terapeuten kan bistå sin pasient med å veie fordeler og ulemper, og kan være en støtte i forhold til en eventuell innrapportering, dersom pasienten ønsker det.

12. Humørsvingninger: Mange pasienter forteller at humøret deres er ustabil. De kan gå fra det jevne til plutselig å bli irriterte, sinte eller triste. De føler ingen kontroll. Dette virker naturlig nok inn på omgivelsene, hvilket i sin tur kan bidra til å øke pasientens isolasjon. Å ha det slik er en naturlig reaksjon etter overgrep og krenkelser. Å normalisere slike reaksjoner kan være en hensiktsmessig intervensjon. Samtidig kan pasienten også ha nytte av å finne teknikker for å regulere sitt humør, for å avlaste/beskytte pasientens relasjoner til andre.
13. Angst: Seksuelle grensekrenkelser og overgrep er i seg selv angstfremkallende. Når dette kommer på toppen av den angsten pasienten allerede måtte ha, kan den bli lammende. Den mest nagende angsten er imidlertid ofte at man ikke skal bli trodd, og dernest at man skal bli fordømt av sine nærmeste. Dersom en terapi innrapporteres vil også selve granskningen og prosessen for øvrig kunne virke angstprovoserende. I tillegg er en del pasienter redde for hevn fra den krenkende terapeuten. Det finnes eksempler på at dette ikke har vært ubegrunnet. For den neste terapeuten blir det viktig å kartlegge angstnivå, og å prøve å sortere hva som er situasjonsbetenget angst, og hva som er den opprinnelige angsten. Det kan være nyttig både å hjelpe pasienten til å se både forskjellen mellom angsttutløserne og sammenfiltreringen av disse. Der hvor det er grunn til å tro at det er reelt grunnlag for frykt, må den neste terapeuten forholde seg til dette.
14. Sinne: I løpet av terapien og tiden etter, og eventuelt gjennom en belastende granskings sak, kan pasienten oppleve alt fra mild irritasjon til sydende raseri. Når han/hun tenker tilbake på episoder eller leser høringsuttalelser fra terapeuten, kan det framkalle forskjellige grader av sinne. Ofte kan dette være en sunn reaksjon, en følelse som hjelper til å plassere ansvar og opprettholde selvaktelse. Men raseriet kan også oppleves som overveldende, og kan bli malplassert, hvilket kan slå tilbake på pasienten. Andre pasienter er ikke i stand til å føle sinne. Kort sagt: De fleste vil trenge hjelp med sitt sinne – noen til å føle det, andre til å tøyse det.
15. Forakt: Forakt kan sees som en avløser for sinne. Oftest vil det være rettet mot den krenkende terapeuten. Enkelte kjenner det spesielt sårt å

forakte en de tidligere har forgudet. Forakt kan også generaliseres, eller i noen tilfeller vendes innover. Igjen er det den neste terapeutens oppgave å hjelpe med å sortere og bearbeide pasientens følelser.

16. Kognitive vansker: Det er slitsomt å være offer for krenkelser og seksuelle overgrep. Mange opplever at tanker og følelser knyttet til det de har opplevd medfører svikt i konsentrasjon og oppmerksomhet, og at de ikke klarer å løse oppgaver og situasjoner som de tidligere har mestret. Dette bidrar til tap av selvtillit, og en følelse av at det er noe "feil" med dem. Psykoedukativ tilnærming om krisereaksjoner kan utgjøre en nyttig realitetsorientering. Likeledes kan det være nyttig at terapeuten bistår med finne ut hvor mye pasienten makter å påta seg av oppgaver, og å snakke om mulighet for avlastning.
17. Seksuelle vansker: Det er velkjent at mennesker som er blitt utsatt for incest eller seksuelle overgrep i ettertid kan oppleve seksuelle problemer. Dette gjelder også de som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i terapi. Å forstå og tilnærme seg dette som man ville med et incestoffer kan være hensiktsmessig.
18. Forverring av opprinnelige problemer: Når en pasient oppsøker en terapeut er det vanligvis for å få hjelp til å mestre problemer som er store nok til å være hemmende for ens livsutfoldelse. Når terapien går ut av kurs og blir en tilleggsbelastning, kommer ofte de opprinnelige vanskene i bakgrunnen, samtidig som de kan forsterkes. Det er viktig at den neste terapeuten er klar over dette, og ivaretar også den opprinnelig presenterte problemstillingen. En ser ofte at disse glemmes i den neste terapien.

Disse punktene er ikke å forstå som et syndrom, men som normale, menneskelige reaksjoner på traumatiske opplevelser. Det er utmattende å oppleve det, og å finne veien videre er vanskelig. De fleste vil trenge hjelp med dette. I tillegg vil både det som har skjedd, og pasientens reaksjoner på det, påvirke de som står pasienten nær.

Sekundærofre

De fleste pasienter har pårørende (ektefeller eller samboere, foreldre, barn, søsken) som på ulike vis kan være preget av det som har skjedd. Mange pasienter har skyldfølelse ovenfor sine nærmeste, og kan samtidig oppleve at det er vanskelig å snakke med dem om det som er skjedd (jf. ovenstående punkter). Se-

kundærofre kan ofte ha store vansker og trenger hjelp for å forstå og forholde seg til situasjonen. De blir ofte glemte. Den neste terapeuten har en viktig oppgave i det å passe på at pasientens pårørende blir ivaretatt. Dette kan gjøres på mange forskjellige måter, fra familierapi hvis og når tiden er riktig for det, til henvisning til annen terapeut dersom det er nødvendig. I noen tilfeller har pasienter ønsket at den neste terapeuten har snakket med relevante pårørende alene. Hvorvidt det er et klokt valg må avgjøres individuelt.

Folk er forskjellige. Noen vil oppleve mange senskader, andre få. Noen vil ha sterke reaksjoner, andre mildere. For noen vil senskadene vare i årevis; andre vil slite en kortere periode. For noen vil det gå noe tid før de tar innover seg det de har opplevd, slik at reaksjonen først kommer en tid etterpå. Enkelte vil oppleve at vanskene avtar, for så å komme tilbake dersom noe minner en om det som skjedde. Enhver vil ha sin unike opplevelse. Når noen av dem etterhvert finner veien til den neste terapeuten, er det viktig at denne er klar over deres spesielle vansker og behov, og har oversikt over de vanligste psykiske reaksjonene og hvilke terapeutiske utfordringer man kan forvente.

Forebygging

Etikkundervisningen på profesjonsstudiet i psykologi er mangelfull når det gjelder grenser, krenkelser og overgrep i terapi. Under mine spesialiseringskurs ble det så vidt nevnt på ett av dem. Det var først i 1995, da jeg deltok på Gary Schoeners seminar om profesjonell incest i Oslo i regi av Norsk Psykologforening at jeg begynte å få en oversikt over tematikken. Man kan få inntrykk av at dette er et ømtåelig emne som profesjonene strever med å forholde seg til. Temaet grenser og grensekrenkelser bør få en langt mer sentral plass i etikkundervisningen både på medisin- og psykologistudiet. Det bør ikke kun tas opp på egne seminarer, men også integreres som et naturlig tema i andre sammenhenger, både i utdanningen av fremtidige terapeuter, og i klinisk praksis.

Det burde være selvsagt at veiledere tar opp betydningen av terapeutiske rammer, og at profesjonell incest, inkludert det å fange opp mulig utglidning hos kolleger, blir tematisert i den obligatoriske veiledningen som psykologer gjennomgår på vei mot sin spesialitet. Jeg tenker videre at alle terapeuter gjennom hele sin yrkeskarriere bør være pålagt å delta i regelmessige kollegasamtaler, blant annet for å ha en arena for dette temaet – ikke minst fordi det viser seg at de fleste terapeuter som forgriper seg på sine pasienter, gjør det når de har arbeidet i mange år.

Det er viktig å etablere en kollektiv bevisstgjøring, og å fremme indre refleksjon og kontroll hos den enkelte. Men vi trenger også gode ytre rammer, for å beskytte både pasient og terapeut. Som nevnt er mange terapeuter privatpraktiserende eller arbeider alene. Fravær av arenaer hvor terapeuten kan søke assistanse eller bli korrigert, tilsier at det er behov for et hjelpe- og sikringsapparat. Regler og lover som regulerer terapeutisk praksis er viktig, både innen juss og via yrkesetikken. Herunder kommer også karantenetid. Mens mange land har faste regler om hvor lang tid det kan gå før terapeut og pasient kan inngå et privat forhold, har vi ingen slike regler i Norge. Reglene varierer for øvrig mye fra land til land, og fra forening til forening, fra seks måneder til livstid, sett på verdensbasis. Vi bør diskutere dette og gi en begrunnelse for hvilket standpunkt vi faller ned på. Slik det er i dag hersker det unødvendig usikkerhet om reglene blant terapeuter.

Når det gjelder sikkerhet for pasienter ser jeg det som ønskelig at kontrollerende og rettleidende myndigheter i større grad enn i dag kommer inn i bildet før krenkelsen har skjedd. Rutinemessig informasjon om pasientens rettigheter, for eksempel i form av en brosjyre fra Fylkeslegen, kunne være et viktig bidrag denne sammenhengen.

Vi trenger gode forebyggende tiltak. Men siden erfaring forteller oss at grensekrenkelser og seksualisering av og til vil skje, trenger vi også oppfølgingsrutiner, både for krenkede pasienter og krenkende terapeuter.

Beredskap

Et støtteapparat for krenkende terapeuter finnes allerede: en terapeut som har begått krenkelser har via sin fagforening tilgang på kollegastøtteordninger, og til å søke økonomisk støtte i en eventuell rettssak.

Når en pasient melder inn et overgrep, står han eller hun oftest alene. Det er, som tidligere beskrevet, en svært vanskelig situasjon å være i. Jeg er ikke kjent med at noen av fagforeningene som terapeutene kan tilhøre, eller det offentlige helsevesenet, har noen automatiske hjelpetiltak. Her er det noe å hente fra Den norske presteforening. De har en praksis hvor den svakeste part (den utsatte) settes først, og hvor det står tilgjengelig et støtteapparat som følger klageren gjennom hele klageprosessen. De kan også følge opp etter at den formelle prosessen er avsluttet. De er behjelpelige med henvisning til relevant viderebehandling eller støttegrupper, og kan i noen tilfeller betale for korttidsterapi. Det bør også innen helsevesenet opprettes instanser som kan fange opp, ta imot og støtte pasienter i denne situasjonen. Slik det er nå risike-

rer pasienten å stå alene. Han eller hun blir også definert som utenforstående i en pågående granskning: Den innmeldte saken behandles som en sak mellom Helsetilsynet, Fylkeslegen og/eller politi versus terapeuten. Dette medfører at det kan være vanskelig for pasienten å få vite hva som skjer og hvordan behandlende instans ser på saken, og at det dermed også kan være vanskelig å forstå avgjørelser som blir tatt.

Helsepersonellregisteret gir ikke ut annen informasjon enn hvorvidt en terapeut har autorisasjon eller ikke. De oppgir heller ikke hvorvidt det tidligere har vært gitt sanksjoner. En psykolog som mister sin autorisasjon, kan desuten arbeide videre som «terapeut», en tittel som er ubeskyttet. Mens psykiatere og psykologer som sanksjoneres tilbys støtte, kan det synes som om pasientens behov for trygghet og oppfølging blir glemt.

Terapeuter er mennesker, på godt og vondt, og å arbeide med terapi kan være komplisert. Vi kan alle bli bedre, og vi kan alle hjelpe hverandre til å bli det. Kanskje skal vi gi hverandre det rådet vi ofte gir våre pasienter - å snakke om det.

Referanser

- Barrett, S.: Mismanagement of Psychotherapy. *Internett: The QuackWatch Page*, 2001.
- Borys, D.: Dual relationships between therapist and client: A national survey of clinicians' attitudes and practices. Unpublished doctoral dissertation, UCLA. (1998). In Schoener, G: *Assessment and Design of Rehabilitation og Professionals who have Violated Boundaries*. Seminar sponset av Menninger Clinic, Topeka, Kansas, feb. 2000
- Brodsky, A.M.: Sex Between Patient and Therapist: Psychology's Data and Response. I Gabbard, G.O. (red): *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Washington D.C. American Psychiatric Press, 1989
- Cammaert, L.P.: How widespread is Sexual Harassment on Campus? *International Journal of Women's Studies*, 1985, vol 8 (4), s. 288-397
- EPNP *Etiske prinsipper for Nordiske psykologer*, 1998
- Epstein, R. & Simon, R.: The Exploitation Index. *Bulletin of the Menninger Clinic*, (1992) 56, s. 1-21
- Eyman, J.R. & Gabbard, G.O.: Will Therapist-Patient Sex Prevent Suicide? *Psychiatric Annals*, 1991, 21 (11), s. 669-674
- Flydal, F. F.: 101 Helsepersonell tatt for seksuell utnyttning og overgrep. *Dagbladet*, 01.10.14
- Grunebaum, H.: Harmful Psychotherapy Experiences. *American Journal of Psychotherapy*, 1986 (40) s. 165-176
- Gundersen, M.S.: *Det skal ikke hende...Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi*. Trondheim. Tapir Akademisk Forlag. 2007
- Gutheil, T.G. & Gabbard, G.O.: The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk Management Dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 1993 (150), s.

188-196

- Gutheil, T.G. & Gabbard, G.O.: Misuses and Misunderstandings of Boundary Theory in Clinical and Regulatory Settings. *American Journal of Psychiatry*, 1998 (155) s. 409-414
- Holroyd, J. & Brodsky, A.: Psychologist's Attitudes and Practices Regarding Erotic and Non-erotic Physical Contact With Patients. *American Psychologist*, 1977 (32), s. 843-849
- Holtzman, B.L.: Who's The Therapist Here? Dynamics Underlying Therapist-Client Sexual Relations. *Smith College Studies in Social Work*, 1984, 54 (3), s.204-224
- Haavind, H.: Forhandling om erotikk og autoritet i det terapeutiske rom. *Psyke og Logos*, 1994, 15 (1), s. 125-145
- Haavind, H & Hvistendal, M.: Erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt og berøring mellom psykologer og deres klienter. Vedlegg til *Tidsskrift for Den norske Psykologforening*, 1992 (10)
- Jehu, D.: *Patients as Victims: Sexual Abuse in Psychotherapy and Counseling*. John Wiley & Sons, Chichester, England, 1994
- Kaluza, S. & Solend, P.: Rom for overgrep. *Magasinet, Dagbladet*, 10.01.04
- Lehmann, La Vergne: The Garbage Project Revisited: From a 20th Century Archaeology of Food Waste to a Contemporary Study of Food Packaging Waste. *Sustainability*, 2015, 7, s. 694-2010
- Notman, M. K. & Nadelson, C. C.: Psychotherapy with Patients who have had Sexual Relations with a Previous Therapy. *Journal of Psychotherapeutic Prac. and Res.* 1994 (3), s. 185-193
- Pope, K.: Therapist-Patient Sexual Involvement. A Review of the Research. *Clinical Psychology Review*, 1990 (10), s 477-490
- Pope, K.: *Sexual Involvement With Therapists: Patient Assessment, Subsequent Therapy, Forensics*. American Psychological Association, Washington D. C., 1994.
- Pope, K: Therapist -Patient Sex as Sex Abuse, <http://kspope.com>, 1990
- Regjeringen v/arbeidsgiverrepresentantene i Den norske kirke, Kultur- og kirke departementet, Kirkelig arbeidsgiver- og interesseorganisasjon og Bispemøtet : *Veiledningsshefte for kirkelige arbeidsgivere ved mistanke eller anklage mot arbeidstaker om seksuelle overgrep*. Brosjyre, 2008
- Schoener, G.R. & Milgrom, J.H.: Helping Clients Who Have Been Sexually Abused By Therapists. I Keller, P. A. & Heyman, S.R. (red.), *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*. Vol 6, 1987
- Schoener, G.R.: Seminar om profesjonell incest i regi av NPF. Oslo, 1995
- Schoener, G.R.: Assessment and Design of Rehabilitation for Professionals Who Have Violated Boundaries. Seminar sponset av Menninger Clinic. Topeka Kansas, feb. 2000
- Statens Helsetilsyn: Pressemeldinger 2000-2015. [https:// www.helsetilsynet.no](https://www.helsetilsynet.no).
- Stone, M.: Boundary Violations Between Therapist and Patient. *Psychiatric Annals*, 1976, 6 (12), s. 670-677
- TELL (Therapy Exploitation Link Line). Nettsted for offer for overgrep i terapi. <http://www.therapyabuse.org/topics.htm> 1989 - d.d.
- Vasquez, M.J.T.: *Sexual Intimacies With Clients After Termination: Should a Prohibition Be Explicit?* Ethics and Behavior, 1991 (1), s. 45-61
- Wichstrøm, L.: Hvem går til psykolog? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2009, vol 46 (11), s. 1036-1043
- Yalom, I.: *Dobbeltspill i sjeledypet*. Oslo. Pax forlag. 1999
- Zur, O.: In Celebration of Dual Relationships. How Prohibition of Non-sexual Dual Rela-

tionships Increases the Chance of Exploitation and Harm. *Independent Practitioner*, 2000, vol XX (3), s. 97-100

Abstract:

The article discusses boundary violations, sexual exploitation and professional incest in psychotherapy. Prevalence in Norway and comparable countries are presented. Four major areas of violations are characterized: Underengagement, dual relationships, overengagement and professional incest. The main focus is on the last two types of harmful therapy. The possible long- and short-term impacts on the patient are described, and therapeutic implications for the next therapist that meets the patient. The lack of public and professional care for victims of abuse in therapy is highlighted. Finally, measures to heighten awareness, control mechanisms and preemptive measures for therapists are suggested. While the article is based on international and specifically Norwegian literature, much of its content is derived from my own work with victims of harmful therapy through a support group.

Key words: Boundary violations, professional incest, harmful therapy.