

SEKSUEL ACTING OUT HOS PROFESSIONELLE BEHANDLERE om seksuelle forhold i det terapeutiske rum.

Bo Møhl

I de sidste 20 år har man fået indblik i endnu et tabu område: seksuelle forhold mellem patienter og deres behandlere. I psykoanalysens historie har dette tidligere været tematiseret – der er her tradition for at reflektere over overførings-/modoverføringsrelationen. Undersøgelser viser, at op imod 10% af professionelle hjælpere har haft seksuelle kontakter til deres patienter/klienter. I artiklen beskrives patienternes reaktioner, der kan ligne PTSD- eller borderlinesymptomer: ambivalens, svingende selvfølelse, skyld, skam, letvakt vrede og angst, seksuelle problemer samt vanskeligheder i interpersonelle relationer. Dynamikken hos behandleren, der foretager den seksuelle grænseoverskridelse gennemgås. Der ses ofte acting out af narcissistiske og ødipale konflikter. Endelig gennemgår artiklen en række centrale temaer i den psykoterapeutiske behandling af patienter, der har været involveret i seksuelle forhold til tidligere behandlere.

Indledning

Både i de populære medier og i faglitteraturen har man i de senere år kunnet læse om sexualitet mellem behandler og patient. Herved berøres et stort tabu emne: gensidigt følelsesmæssige relationer imellem en professionel behandler og hans/hendes patient krænker den almindelige forestilling om behandleren som en neutral person, der er blottet for – eller fungerer uafhængigt af sine – personlige følelser. Behandleren bliver betalt for at tilsidesætte egne behov; han/hun skal være »abstinent« og helleg sig sin patients bedste. I takt med nedbrydelsen af autoritetsstrukturer i den vestlige verden er behandlere også blevet mennesker og de menneskelige omkostninger ved hvervet som professionel hjælper er i stigende grad blevet tematiseret – også i film og litteratur (jvf Gabbard & Gabbard 1987).

I filmen »Mr. Jones« (1994) bliver den kvindelige psykiater fascineret af sin manio-depressive patient og forholdet udvikler sig til en gensidig forelskelse. I filmen »Savannah« (1992) får vi indblik i den kvindelige

terapeut Susans problemer i sit ægteskab og for at finde lindring, vender hun sig imod den mandlige klient Tom, der bestemt ikke er uinteresseret i hende – tværtimod. Imidlertid vender han til sidst tilbage til sin kone og Susan sidder ene og alene med al sin smerte.

I sin seneste roman *Lying on the Couch* (1997) diskuterer den amerikanske psykiater Irvin D. Yalom forskellige former for grænseoverskridende adfærd hos terapeuter. Blandt andet følger vi dr. Trotter, der forklarer en yngre kollega, hvorledes han indgik et sexuel forhold til en yngre kvinde med en svær personlighedsforstyrrelse. Hans beskrivelse fungerer næsten som et forsvar for hans adfærd: Hun er blevet forelsket i ham og foreslår ham, at de tager en rejse sammen. Han kommer efter megen pres til at love hende, at han vil tilbringe en weekend med hende, hvis hun igennem et par år kan holde sig fri af stoffer, selvdestruktiv promiskuøs adfærd etc. Faktisk formår hun at holde sin del af kontrakten, dr. Trotter bliver taget på ordet og de tager sammen på weekend. Han vedgår sig overfor den yngre kollega, der skal undersøge sagen, at han har haft mange seksuelle fantasier om sin patient, samt at deres weekend sammen var ganske pragtfuld: »I won't lie to you, Ernest, I loved every minute of our weekend, most of which we spent in bed« (p. 27). Det er måske en pointe, at Trotter faktisk er hudløs ærlig overfor sin yngre kollega – han lyver ikke på briksen (jf. dobbeltheden i titlen *Lying on the couch*).

Dr. Trotter bliver ekskluderet af det lokale psykoanalytiske samfund, og dette er heller ikke uproblematisk. Yalom har tidligere i *Love's Executioner* (1989) i en halvfyktig form beskrevet et forhold imellem analytikere og patient: en analytiker bliver konsulteret af Thelma – en ældre kvinde – der lider af ulykkelig kærlighed til en tidligere terapeut, som hun har haft et forhold til nogle år forinden. Også her involveres læseren i en diskussion af det etiske forbud imod sex mellem behandler og patient – et forbud, der på et plan er selvindlysende, men på et andet plan fordrer en mere nuanceret diskussion, der ikke blot lader sig affeje med en »*absolutely 'never OK' standard*« (Schoener 1998).

Siden 60'erne er der sket en tiltagende liberalisering og synliggørelse af sexualiteten. I medierne og i daglig social omgang er de seksuelle koder blevet mere direkte end nogensinde før. Sexualiteten er ikke længere noget der kun findes under dynerne i soveværelset – sovekammermørket er blevet erstattet af en spotlight. Sexualiteten har sneget sig ind alle vegne som utilsløret flirt eller *sexual harassment*. Siden starten af 80'erne har vi fået talrige fagartikler og bøger med titler a la *Sex in the therapy hour – a case of professional incest*, *Sex in the forbidden zone* og *Sexual exploitation in professional relationships* for blot at nævne nogle få. Interessen for at undersøge karakteren af seksuelle relationer mellem behandler og patient er også blevet stimuleret af undersøgelser, der viser, at op til 10% af læger har haft en eller anden sexuel relation til en patient.

Disse tal er alarmerende høje og har foranlediget stor debat i professionelle kredse – og de folkelige fantasier om, hvad der foregår i det terapeutiske rum har fået ny næring.

I det følgende skal jeg forsøge at kortlægge fænomenet. Jeg vil fremdrage nogle undersøgelser, diskutere hvad det betyder for såvel patienten, som for den professionelle og således indkredse fænomenet »professionel incest« som det også er blevet kaldt.

Etik

At seksuelle følelser er menneskelige og derfor udgør en fristelse ligger allerede i den hippokratiske ed og i lægernes etikregler. I lægeløftet står der, at lægen *»skal hjælpe uden at skade«* og her remgår det, at lægen skal prioritere patientens behov over sine egne. I den hippokratiske ed står bl.a.: *»In every house where I come, I will enter only for the good of my patients, keeping my self from all intention of illdoing and seduction especially from the pleasures of love with women and men«* (citeret fra Pope et al 1986).

Flere faggrupper i sundhedssystemet har etikregler, der forbyder sexuel omgang med patienter/klienter. Således fremgår det af de etiske principper for nordiske psykologer, at *»sexuel omgang mellem psykolog og klient må ikke forekomme«* (Regelsæt for Dansk Psykologforening 1992/94) – Der er imidlertid intet i straffeloven, der forhindrer, at to ligeværdige, voksne mennesker indleder et sexuel forhold til hinanden. Man må imidlertid ikke *»misbruge sin stilling«* og man må ikke som *»ansat eller tilsynsførende ved fængsel, forsorgshjem, børne- eller ungdomshjem, hospital for sindslidende, åndsvageinstitution eller lignende«* have *»samleje med nogen, der er optaget i institutionen«* (Straffeloven § 219).

Et er imidlertid etiske forbud mod seksuelle relationer *under* terapi/behandling – noget andet er seksuelle forhold *efter* afsluttet terapi/behandling. Flere faggrupper i det amerikanske sundhedssystem fordrer mindst to år efter behandlingens afslutning, før et sexuel forhold mellem patient og behandler kan indledes. The American Medical Association anbefaler *»a discussion with patient about implications, and termination of the professional relationship with referral to another physician«* (AMA). Den Amerikanske Psykologforening (APA) har et absolut forbud imod seksuelle forhold før 2 år efter behandlingens afslutning. Og herefter *»the psychologist has the burden of showing there has been no exploitation«*. Som det fremgår beskytter loven kun imod egentligt misbrug. Den etiske regulering er overladt til de faglige organisationer, der først i de senere år har udstedt retningslinier.

Grænsebrud i psykoanalysens historie

Skønt sexuel omgang mellem terapeut og patient etisk og fagligt vurderes som forkert, er der talrige eksempler på usikre eller overskredne grænser i den psykoanalytiske historie.

Et af de mest berømte eksempler på en sexualiseret overføring er Anna O's forelskelse i sin analytiker Joseph Breuer. Som bekendt udviklede forholdet sig således, at Breuer så sin patient hyppigere og hyppigere, hans kone blev efterhånden stadig mere jaloux og Anna O endte med en »hysterisk graviditet« med sin terapeut. Joseph Breuer blev panisk, han flygtede over hals og hoved for at redde sit eget skind og efterlod sin patient i et følelsesmæssigt kaos. Da Freud fortalte sin kone om dette, måtte han love hende, at deres ægteskab ikke skulle blive ødelagt af »*this kind of therapeutic relationships*« (Davidson 1977) – I tilfældet med Joseph Breuer og Anna O skete der formodentlig ikke noget fysisk imellem dem. Historien fortæller imidlertid tydeligt om de stærke overføringsrelationer, som terapien kan aktivere og således om det pres, der ofte ligger på de terapeutiske grænser: alle terapeuter vil på et eller andet tidspunkt opleve forførelsesforsøg fra deres patienters side (overføringer), og de fleste vil desuden kunne fortælle om sexualiserede tanker eller følelser i forhold til deres patienter (modoverføringer).

Det psykoanalytiske miljø i Wien omkring Freud var præget af usikre terapeutiske grænser og i nogle tilfælde af sexualiserede kontakter mellem analytiker og analysand. Som bekendt analyserede Freud sin egen datter, der senere har anført, at hun følte sig krænket over, at Freud anvendte det kliniske materiale til undervisning. Melanie Klein har også analyseret sine egne børn, og hun har rejst med sine analysander, som hun behandlede mens de lå på hendes seng i hendes hotelværelse. Jungs seksuelle forhold til Sabrina Spielrein var øjensynligt ikke en undtagelse i samtidens psykoanalytiske miljø:

»Jung was scarcely the only person to become involved with a patient. Gross's exploits were legendary, Stekel had long enjoyed a reputation as a »seducer«, Jones was paying blackmail money to a former patient, the even good Pastor Pfister was lately being entranced by his charges. Indeed, the most extraordinary entanglement was Ferenczi's, the amiable Hungarian having taken into analysis the daughter of the woman he was having an affair with and then fallen in love with the girl. Freud in fact was then currently seeing the younger woman at Ferenczi's request in an attempt to help rescue the situation. That Spielrein had once been Jung's lover would have disturbed Freud not at all.« (Kerr, 1993, p.379).

Freud blev involveret i relationen mellem Sabrina Spielrein og Jung, hvilket utvivlsomt har spillet en rolle for udviklingen af det stadig mere

uforsonlige forhold – og senere brud – de to mænd imellem (Møhl 1983). Jung indledte et forhold til den betydeligt yngre analysand mens hun var i behandling hos ham – da det blev opdaget, undskyldte han sig overfor hendes mor med, at han ikke modtog honorar: »Hvis De ønsker, at jeg skal holde mig strikte til min rolle som læge, vil jeg foreslå, at De betaler mig et honorar for min ulejlighed...« (ibid)

Et andet kendt og omdiskuteret eksempel på en sexualiseret kontakt mellem analytikere og analysand er som ovenfor nævnt Ferenczi's forhold til Elma Palos (datter af Gisella Palos, som Ferenczi senere giftede sig med). Freud kritiserede Ferenczi's bestræbelser på aktivt at skabe »korrigerende emotionelle erfaringer« for sine analysander – sammen med analytikeren skulle de opleve det gode mor/barn forhold, som de var blevet snydt for i barndommen. Ferenczi's blev kritiseret for, at han kysede og kælede med sine patienter og Freud bebrejdede ham, at han »legede mor og barn« med dem:

»Jeg kan se, at forskellene mellem os træder tydeligt frem i en teknisk detalje, det er nok værd at diskutere. Du lægger ikke skjul på, at du kysser dine patienter og lader dem kysse dig. Det havde jeg også hørt fra en af mine patienter. Når du beslutter dig til at komme med en fuldstændig redegørelse for din teknik og dens resultater, må du vælge mellem to metoder: enten fortæller du dette, eller også holder du det skjult. Du vil sikkert mene, at det er uværdigt at holde det skjult. Det man gør som led i teknik, må man forsvare åbent. Desuden løber de to fremgangsmåder sammen. Selvom du ikke siger det selv, vil det snart blive kendt, ganske som jeg vidste det, før du sagde det til mig.

Nu er jeg bestemt ikke en af dem, der fordømmer små erotiske glæder af denne art pga. bonerthed eller hensyn til de borgerlige konventioner. Men forestil dig hvad der bliver resultatet af, at du offentligtgør din teknik. Der er ikke nogen revolutionær, der ikke bliver slået i marken af en der er endnu mere radikal. En række mennesker der har uafhængige opfattelser af tekniske spørgsmål, vil sige til sig selv: Hvorfor stoppe op ved et kys, som man til syvende og sidst ikke for børn af? og endnu dristigere tænkere vil komme til at gå videre til at kigge og vise frem – og snart vil hele repertoiret med halvjomfrulighed og petting være accepteret indenfor den analytiske teknik, hvilket vil føre til, at interessen for psykoanalysen vokser fantastisk blandt både analytikerne og patienterne. Men den nye tilhænger vil let forlange for meget af denne interesse for sig selv, hvor yngre kolleger vil finde det vanskeligt at stoppe ved det punkt, de oprindeligt havde tænkt sig og Gudfader Ferenczi, der skuer ud over den livlige scene, han har skabt, vil sige til sig selv: Det kan godt være, jeg alligevel skulle have holdt op med min moderlige kærlighedsteknik før kysset.

Med denne advarsel tror jeg ikke, jeg har sagt noget, du ikke ved selv. Men da du kan lide at spille den kærlige moderrolle over for andre, kan

du måske gøre det overfor dig selv. Og så må du høre en formaning fra den brutale faderlige side. Såvidt jeg husker, var tendensen til at lege sexuelt med patienterne ikke fremmed for dig i den præ-analytiske periode, så det er muligt at sætte den nye teknik i forbindelse med de gamle forseelser. Det var derfor, jeg i mit sidste brev talte om en ny pubertet, en Johannes impuls, og nu har du tvunget mig til at være meget ligefrem «(Masson 1984 p.126-127)

Af dette brev fremgår det, at Freud utvetydigt gik i rette med Ferenczi's »teknik«. Freud havde således fået rollen som den, der nidkært markerede grænsen mellem analytikeren og analysanden, men faktisk havde han igennem længere tid forsynet Ferenczi med konfidentielle informationer m.h.p. at påvirke hans valg af ægtefælle (Freud havde haft Gisella Palos i analyse). Omfanget af Ferenczi's fysiske kontakt med sine analysander – og folks reaktioner herpå – var indtil 1984 dæmpet af et diskret røgslør, idet Ernest Jones's oversættelse af ovenstående brev var redigeret: Freuds referencer til hans »tendenser til at lege sexuelt med patienterne« var udeladt.

Også Ernest Jones var blevet anklaget for at sexuel kontakt med en analysand. Dette benægtede han imidlertid, men mistanken blev bestyret i og med, at det blev åbenbart, at Jones »had attempted to pay money to the former patient to stay quiet about the matter« (Schoener 1998).

Andre berømte analytikere har haft seksuelle relationer til deres analysander. Frieda Fromm-Reichmann har anført, at hun mødte sin senere mand Erich Fromm, mens han var i analyse hos hende. De stoppede dog analysen før indgåelse af ægteskab (ibid.). Ifølge Chesler (1972) har også Reich, Bernfeld, Rado og Fenichel giftet sig med tidligere patienter. Karen Horney havde ligeledes forhold til både analysander og yngre kolleger i supervision. Hun er blevet karakteriseret som en »man-eater«, der også udnyttede sin position: »Horney's lovers sometimes became favorites to whom she gave power until, to their pain and bewilderment, she turned against them. She then replaced them with other favorites.« (Paris 1994, p. 143).

Også Rank, der også tilhørte den psykoanalytiske inderkreds havde formentlig også et forhold til en tidligere patient, og Freud skulle have opmuntret Horace Frink – en yngre analytiker, som han havde i læreanalyse – til at lade sig skille for at gifte sig med en patient (Schoener 1998). Endelig skulle Margaret Mahler have anført, at hun fik et forhold til Aichhorn mens hun var i analyse hos ham: »My almost three year analysis with Aichhorn while helpful in many respects, was far from 'classical'. For the fact is that Aichhorn and I were, by this time, very much in love with one another, making impossible the classical relationship between analyst and analysand. (...) As our personal relationship blossomed, I became his lover as well« (Stepansky 1988, p. 68-9).

At seksuelle forhold mellem analytiker og analysand ikke kun hører fortiden til, fremgår af den halvdokumentariske beskrivelse af det new york'ske psykoanalytiske miljø i bogen »*Psychoanalysis – the impossible profession*« af Janet Malcolm. Det fremgår her, at mange analytikere er gift med tidligere analysander/patienter. Og måske er det ikke så underligt endda – findes der et tættere, mere intimt og nært professionelt forhold end det psykoanalytiske, hvor analysanden og analytikeren er sammen flere gange om ugen *a deux*, primært optaget af, hvad der sker imellem dem?

Når det er muligt at skrive historie om grænseoverskridende adfærd blandt psykoanalytikere hænger det sammen med, at der i psykoanalysen er tradition for at reflektere over overføring/modoverføring – grænserne mellem analytiker og analysand. Naturligvis er der også sket sexuel misbrug af somatiske patienter, men det er ikke blevet gjort til genstand for analyse og refleksion på samme måde som i forbindelse med psykoanalytisk behandling. – Selvfølgelig har læger indenfor forskellige specialer misbrugt deres position til at opnå seksuelle ydelser fra deres patienter:

En 53 årig mand søger behandling på grund af erektionsproblemer. Det viser sig hurtigt, at han har et meget skamfuldt forhold til sexualitet, hvilket han tilskriver en oplevelse fra sen-puberteten: under en lægeundersøgelse blev han befølt på kønsorganene af en mandlig læge, der stimulerede ham til ejakulation. Patienten kom til endnu en »konsultation«, hvor han følte sig presset til at tilfredsstille lægen oralt. Patienten følte det dybt ydmygende og turde ikke fortælle det til nogen – før han som voksen kom i behandling med sit erektionsproblem.

En kvinde i slutningen af 20'erne søger behandling på grund af vaginisme. Ca. 5 år tidligere havde hun konsulteret en gynækolog, der lovede at kurere hende ved at gå i seng med hende i konsultationslokalet. Under samlejet fortalte han hende, at hun var dejlig, hvilket smigrede hende. Imidlertid var samlejet yderst smertefuldt og gjorde således kun ondt værre. Hun oplevede sig »som totalt håbløs og umulig«, gik alene med oplevelsen, som hun også følte sig skyldig i – hun kunne ikke slippe den tanke, at hun havde forført ham.

Prævalens

Af flere grunde er det overordentligt vanskeligt at opnå præcise tal for, hvor hyppigt der er seksuelle relationer imellem behandler og patienter. Dels er der formodentlig tale om underrapportering, fordi de fleste behandlere ved, at det er fagligt og etisk angribeligt, dels varierer definitionen på »seksuel kontakt« – drejer det sig om samleje? petting? intime kys? beføling? eller verbale ytringer?

Af nedenstående oversigt (der ikke er komplet) fremgår det, hvor store variationer der er fra undersøgelse til undersøgelse.

Studies of Therapist-Patient Sexual Intimacy Frequencies

Ref. Pub. No. Date	Profession	Location	Return Rate (percent)	Males	Females
1 1968	Psychologists	Los Ang. County	70	13.7	0
2 1973	Psychiatrists	Los Ang. County	46	10.0	n/a
3 1976	Psychiatrists	California & New York	33	n/a	0
4 1977	Psychologists	National	70	12.1	2.6
5 1979	Psychologists	National	48	12.0	3.0
6 1985	Social Workers	National	54	3.8	0
7 1986	Psychiatrists	National	26	7.1	3.1
8 1986	Psychologists	National	59	9.4	2.5

Reference Key:

1 Forer	5 Pope, Levenson and Schover
2 Kardener, Fuller and Mensh	6 Gechtman and Bouhoutsos
3 Perry	7 Gartrell, Herman, Olarte, Feldstein and Localio
4 Holroyd and Brodsky	8 Pope, Keith-Spiegel and Tabachnick

(fra Pope & Bouhoutsos 1986)

En af de første undersøgelser blev foretaget af Kardener et al. (1973), der undersøgte 460 mandlige læger. Her rapporterede 59, at de havde haft seksuel kontakt med deres patienter. 10% af psykiaterne havde været seksuelt involveret med nuværende eller tidligere patienter – imidlertid havde »kun« 5% haft samleje.

I 1977 gentog Holroyd & Brodsky Kardener's undersøgelse, men nu med psykologer. De udsendte spørgeskemaer til 1000 amerikanske psykologer, fik 700 udfyldte spørgeskemaer retur, og det fremgår heraf, at 5,5% af de mandlige og 0,6% af de kvindelige psykologer har haft samleje med deres patienter, og 10,9% af de mandlige og 1,9% af de kvindelige respondenter havde haft »anden erotisk kontakt« defineret som »that which is primarily intended to arouse or satisfy sexual desire« med patienterne.

I 1986 gennemførte Gartrell et al. en undersøgelse af amerikanske psykiateres seksuelle kontakt med patienterne. De havde blot en svarprocent på 26 (og modtog mange fordømmende, aggressive breve fra de adspurgte psykiatere). Det fremgår, at 7,1% af de mandlige og 3,1% af de kvindelige havde haft seksuel kontakt med deres patienter. 81% af de seksuelle kontakter fandt sted imellem mandlige psykiatere og kvindelige patienter. Alle de psykiatere, der havde haft flere forhold var mænd. 41% af psykiaterne havde søgt professionel hjælp m.h.p. at undgå yderligere seksuel grænseoverskridende adfærd eller for at bearbejde det, der var sket.

I en undersøgelse fra 1986 (Pope et al. 1986) fandt man, at 9,4% af de mandlige og 2,5% af de kvindelige psykologer havde haft seksuel kontakt med deres patienter. Det interessante er imidlertid, at langt flere rapporterede, at de havde følt sig seksuelt tiltrukket af deres patienter. 87% havde oplevet seksuel tiltrækning i forbindelse med patienter (96% af de mandlige psykologer og 76% af de kvindelige). 63% gav udtryk for skyld og ængstelse i forbindelse med disse følelser. Hele 27% af de mandlige og 5% af de kvindelige psykologer havde følt sig seksuelt tiltrukket af deres patienter i en grad, at de havde *overvejet* seksuel kontakt. Den hyppigste begrundelse for at afstå for seksuel kontakt var, at det 1) er uetisk, 2) uterapeutisk, 3) uprofessionelt eller af angst for rygtedannelse eller repressalier.

En norsk undersøgelse fra 1991 viser, at 2,1% af de norske psykologer kunne rapportere, at de havde haft seksuel kontakt med mindst én patient. Kun 5 af de i alt 1715 respondenter fortalte om samleje. Yderligere 3% (52 personer) havde været seksuelt sammen med tidligere patienter. 84% (77% af de mandlige og 91% af de kvindelige psykologer) markerede, at seksuelle relationer i det terapeutiske rum er uforeneligt med psykoterapi. I deres egen-terapi havde 8% oplevet seksuelt betonet kontakt eller berøring.

Det er imidlertid interessant, at man i en undersøgelse fandt, at ca. 1/3 af de norske psykologer fra deres patienter havde hørt om seksuelle kontakter til tidligere terapeuter.

Der er ikke lavet tilsvarende undersøgelser i Danmark.

Konsekvenser

Gary Schoener (1998) har lavet nedenstående figur, der beskriver terapeutens grad af involvering i patienten. Yderst til venstre placeres den distante, uempatiske terapeut og yderst til højre placeres den grænseoverskridende, seksualiserende terapeut. Som det fremgår af Schoener's model, er de to ekstreme positioner skadelige for patienten og terapien: Den distante terapeut formår ikke at etablere en tilstrækkelig grad af tillid og nærhed, og den grænseoverskridende terapeut respekterer ikke patientens integritet. Midt imellem findes, hvad han kalder for: *The Zone of Helpfulness*.

Distant/Cold/formal/aloof

*My therapist didn't care
I should have left therapy –
I never felt support or caring*

ZONE OF
HELPFULNESS

Intrusive/Over-involved

*My therapist tried to run my life;
My therapist had sex with me;
My therapist wants to be my mentor*

Nedenfor skal vi se nærmere på konsekvenserne af en grænseoverskridende, seksualiseret adfærd fra terapeutens side.

Pope & Bouhoutsos (1986) konkluderer, at *'when sexual intercourse begins, therapy ends'*. Denne konklusion er ganske enkel – men så entydig er vurderingen af seksuelle forhold mellem patient og behandler ikke, hvis man ser på de forfattere, der har formuleret sig om emnet.

McCartney (1966) er nok den mest kendte fortæller for seksuel kontakt imellem behandler og patient. Hans grundholdning er, at terapeuten skal stille sig til disposition for udlevelse af patientens overførelser. Han anfører, at han i løbet af 40 år har haft ca. 1500 patienter i terapi, hvor ca. 55% var kvinder. Ca. 30% af disse kvinder gav udtryk for, at de ville sidde på terapeutens skød, kysse ham eller holde ham i hånden. Ca. 10% ønskede, at både terapeut og de selv skulle være aflædte, nogle ønskede gensidige seksuelle kærtegn eller egentligt samleje.

McCartney forsøger i artiklen at forklare sit rationale og understreger i øvrigt, at denne form for behandling fordrer patientens accept – evt. også fra deres partner eller forældre. Hans holdninger er blevet stærkt kritiseret bl.a. af Marmor (1972) og Pope & Bouhoutsos (1986).

Shepard (1971) har interviewet 11 patienter, der havde haft seksuelle forhold til deres terapeuter. Han konkluderede, at 8 af disse har profiteret af dette. Han anfører, at seksuel kontakt mellem patient og behandler er det sidste tabu i psykoterapi, og lægger således op til at forsvare sex som terapeutisk middel.

Butler (1975) fandt, at 95% af de 25 terapeuter hun interviewede gav udtryk for at have konflikter i forbindelse med seksuelle forhold til patienter. 40% havde søgt hjælp hos venner eller kolleger.

Burgess (1981) har interviewet 16 patienter, der havde haft seksuelle forhold til deres gynækolog. Han fandt, at alle følte sig *»dirty, humiliated, degraded, embarrassed and nauseated«* på grund af den seksuelle kontakt.

Vinson (her refereret fra Schoener, 1998) ser entydigt seksualitet i behandler-patientrelationen som negativ. Hun anfører en lang række hyppige klager fra patienter, der har været seksuelt involveret med deres terapeuter. I rækkefølge beskriver hun nedenstående symptomer.

Percent (%)	Symptom
-------------	---------

86%	Feeling blue or depressed
81%	Feeling less close to friends and family
81%	Feeling hopeless about the future
76%	Feeling emotionally dead or numb
67%	Sudden feeling that the relationship was happening again
67%	Upsetting, reoccurring thoughts about the relationship
67%	Less interest in activities usually enjoyed
67%	Trouble concentrating
67%	Feelings of guilt or shame about the relationship

57%	Irritability
57%	Loss of sexual interest
52%	Frequent wishes to move or change lifestyle
52%	Feeling upset when reminded of the relationship
48%	Difficulty in getting to sleep or staying asleep
48%	Needing to avoid activities that remind them of the relationship
43%	Taking more pills, drugs or alcohol than usual
33%	Getting very jumpy or easily startled
33%	Thoughts of ending life
14%	Repeated bad dreams about the relationship

Bouhoutsos et al. (1983) fandt at 34% af de patienter, der havde haft seksuelle forhold til deres tidligere terapeuter udviste højere grad af depression, følelsesmæssige- og sociale forstyrrelser. 29% havde negative følelser i forbindelse med det skete, og 26% kunne fortælle, at de havde fået det dårligere i seksuelle og intime relationer generelt. 16% af patienterne giver udtryk for, at de faktisk havde profiteret af den seksuelle relation til deres terapeut. 37% af patienterne fortalte, at det seksuelle forhold medførte en afslutning på terapien, 40% vurderede, at det havde en negativ indflydelse på terapien, men for 6% havde det en positiv effekt på den terapeutiske relation.

Det skal understreges, at den ovenfor refererede undersøgelse næppe er repræsentativ, idet blot 16% af de 4000 adspurgte psykologer returnerede det tilsendte spørgeskema.

Pope (1989) har fundet følgende symptomer, som han samler i et »*therapeut-klient-sex-syndrom*«. Som det vil fremgå, er flere af symptomerne nonspecifikke – de kan også ses ved f.eks. PTSD – post traumatisk stress syndrom og borderlinetilstande.

- Ambivalens
- Skyld
- Tomhedsfølelse og isolation
- Seksuelle problemer og forvirring
- Manglende tillid
- Identitets- og rolleforvirring
- Emotionel ustabilitet
- Undertrykt raseri
- Forøget suicidal risiko
- Kognitive problemer (svækket opmærksomhed og koncentration, flash-backs etc.)

Pope anfører, at disse symptomer minder om følgerne af incest. Såvel i terapeut-patientrelationen som i incestrelationen er der tale om et tillidsbrud i en relation, hvor patienten/barnet er afhængig af terapeuten/den voksne.

Følgerne af en seksuel relation til en terapeut er afhængig af patientens fortid, personlighed, forventninger og ikke mindst karakteren af den seksuelle relation, og som Pope & Bouhoutsos (1986) fremhæver, har den seksuel grænseoverskridende adfærd fra terapeutens side hyppigt også konsekvenser for patientens ægtefælle, børn og andre nærtstående. Det ses ikke sjældent, at en ægtefælle føler sig bedraget af både partner og terapeut, og derfor ikke er i stand til at se partneren som et »offer«, der har brug for støtte og tryghed. Dette kan vise sig ved pinagtige ambivalensfølelser. Ægtefællen vil ofte udvise mistænksomhed overfor professionelle, hvilket kan kompromittere alliancen med patienten. Endelig ses det, at ægtefællen i sin frustration og afmagt er utålmodig med den terapeutiske proces og derfor kræver kontante, hurtige resultater.

Ud over de følelsesmæssige konsekvenser af terapeutens seksuelt grænseoverskridende adfærd bliver patienten unddraget terapi med det resultat, at hans/hendes primære klager forbliver ubehandlet. Det seksuelle forhold kan endvidere resultere i en destruktiv afhængighed, der virker regressionsfremmende, og endelig medfører sammenblandingen af en professionel og en uprofessionel kontakt, at patienten mister tilliden ikke bare til den seksuelt grænseoverskridende terapeut, men til terapeuter generelt. Dette kan gøre det meget vanskeligt, at arbejde med patienter, der tidligere har været udsat for seksuel adfærd fra terapeuters side – de har erfaringer med misbrug og vil derfor ofte have svært ved at stole på de terapeutiske rammer.

Risikosituationer

Der er lavet flere undersøgelser af hvornår og hvordan, det seksuelle forhold imellem terapeut og patient udspiller sig. Pope og Bouhoutsos (1986) har beskrevet en række hyppige risikosituationer – common scenarios – som fremgår nedenfor.

Ten Common Scenarios

<i>Scenario</i>	<i>Criterion</i>
1. Role Trading	Therapist becomes the 'patient' and the wants and needs of the therapist become the focus.
2. Sex Therapy	Therapist fraudulently presents therapist-patient sexual intimacy as a valid treatment for sexual or other kinds of difficulties.
3. As If ...	Therapist treats positive transference as if it were not the result of the therapeutic situation.
4. Svengali	Therapist creates and exploits an exaggerated dependence on the part of the patient.
5. Drugs	Therapist uses cocaine, alcohol or other drugs as part of the seduction.
6. Rape	Therapist uses physical force, threats, and/or intimidation.
7. True Love	Therapist uses rationalizations that attempt to discount the clinical/professional nature of the relationship with its attendant responsibilities.
8. It Just Got Out of Hand	Therapist fails to treat the emotional closeness that develops in therapy with sufficient attention, care and respect.
9. Time Out	Therapist fails to acknowledge and take account of the fact that the therapeutic relationship does not cease to exist between scheduled sessions or outside the therapist's office.
10. Hold Me	Therapist exploits patient's desire for nonerotic physical contact and possible confusion between erotic and nonerotic contact.

Eksempler på seksuel kontakt mellem behandler og patient:

Role Trading:

En 38-årig kvinde fortæller, at hun har haft et forhold til en tidligere terapeut. Det startede med, at hun konsulterede ham på grund af studieproblemer. I løbet af samtalerne fortalte hun om sine vanskeligheder med at finde en partner og fungere i et parforhold. Den nye terapeut berettede om sine egne ægteskabelige problemer og herunder seksuelle frustrationer. I løbet af få sessioner oplevede hun, at han dominerede terapien med sine problemer, forholdet udviklede sig til at blive mere og mere intimt og på et tidspunkt foreslog han, at de efter en terapitime skulle drikke en øl sammen. Dette udviklede sig således, at de gik hjem til hende, hvor de var seksuelt sammen. Mønsteret gentog sig, og den terapeutiske relation ændrede sig selv-sagt.

Sex Therapy:

En kvindelig patient henvises på grund af anorgasme. Fortæller, at hun er blevet forsøgt behandlet hos en tidligere gynækolog, der »forførte hende«, og i konsultationen gennemførte samleje med hende. Dette gentog sig tre gange, hvorefter hun afsluttede behandlingen. Han motiverede sin adfærd med at det var »terapeutisk«.

As if...

En mand i slutningen af tyverne fortæller, at han tidligere har gået hos en kvindelig terapeut på grund af eksistentielle problemer. På et tidspunkt følte han sig tiltrukket af hende og fortalte hende om sine seksuelle fantasier, hvori hun indgik. Under en »fantasirejse«, der foregik mens han lå på en briks, begyndte hun at kærtegne ham – først asexuelt, men efterhånden stadigt mere direkte seksuelt. De gennemførte samleje én gang, hvorefter terapien ophørte. Hun kontaktede ham senere telefonisk med henblik på at se ham udenfor terapien, fordi hun følte sig tiltrukket af ham. Dette afslog han imidlertid.

Svengali:

En kvinde i slutningen af fyrrerne fortæller, at hun har haft et forhold til en tidligere terapeut. Det startede i forbindelse med, at terapeuten på et internatkursus gav udtryk for, at han var seksuelt interesseret i hende. Hun blev smigret over dette. De havde samleje et par gange. Senere har hun forstået, at han med sin karisma havde forført flere klienter. Han var ligefrem kendt for at skabe en seksualiseret atmosfære på sine kurser.

Drugs:

En medicinstuderende i begyndelsen af tyverne henvises, fordi det er blevet opdaget, at han har befølt bevidstløse patienter under FADL-vagter. Han vedgår sig dette som et stort problem og nævner, at han føler sig tiltrukket af situationer, hvor den anden – såvel kvinder som mænd – er »forsvarsløse« overfor hans seksuelle tilnærmelser.

It just got out of hand:

En psykiater i slutningen af fyrrerne søger selv behandling, fordi han har haft svært ved at håndtere en patients positive overføring. Han fortæller, at han følte sig seksuelt og emotionelt tiltrukket af en kvinde i begyndelsen af trediverne, hun fortalte om oplevelse af at blive overset og forsømt af sine forældre, hun roste ham, fordi hun nu følte sig »forstået og akcepteret«. Efterhånden blev forholdet tættere. De begyndte at give hinanden et knus, når de sås og skiltes ved den ugentlige time, på et tidspunkt oplevede han, at hun trak ham ind til sig, og han reagerede med at begynde at kærtegne hende. Han nævner, at han selv havde store problemer i sit parforhold og derfor »søgte trøst« i den trygge atmosfære sammen med patienten. Forholdet udviklede sig til gensidige seksuelle kærtegn, men ikke til egentligt samleje.

Time out:

En supervisand fortæller, at han mødte en af sine patienter på en bar. Patienten var fuld, lagde kraftigt an på terapeuten/supervisanden, og det endte med, at de tilbragte natten sammen. Supervisanden kontaktede supervisor udenfor aftalt tid, med henblik på at få afklaret, hvorledes han skulle forholde sig til den konkrete situation.

Hold me:

En mand i midten af trediverne fortæller, at han har oplevet seksuelt grænseoverskridende adfærd fra en tidligere terapeut. I en gestalt-gruppe har patienten arbejdet

med nogle meget svære ting. I løbet af sessionen fik han beroligende fysisk kontakt fra gruppemedlemmerne og terapeuten. Han oplevede, at terapeuten begyndte at seksualisere de »beroligende« kærtegn (stimulerer hans genitalier). Senere konfronterer han terapeuten med dette (i gruppens påhør), men terapeuten benægter, at noget sådant skulle være sket. Patienten føler sig ydmyget og misbrugt. Han forlod derfor gruppen og søgte individuel behandling. – Han er i dag i tvivl om, hvorvidt terapeuten egentlig stimulerede hans genitalier, eller om det er noget der kun er sket i hans fantasi.

Flere undersøgelser har forsøgt at finde karakteristika ved såvel terapeuten som ved patienten, der har været udsat for seksuel grænseoverskridende adfærd. Sædvanligvis drejer det sig om en mandlig terapeut, der er ældre end den kvindelige patient (96% af de beskrevne tilfælde har denne kønsfordeling). Således svarer det erotiske forhold i behandlingssituationen til det typiske i samfundet i øvrigt, hvor han er ældre end hende.

I forbindelse med seksuel grænseoverskridende adfærd fremføres det som undskyldning, at terapeuten »ikke vidste bedre« eller var ude af stand til at overskue situationen. Undersøgelser viser imidlertid, at mange psykoterapeuter, der har/har haft forhold til deres patienter er i 40-erne eller 50-erne med en lang uddannelse og erfaring bag sig (Pope & Bouhoutsos, 1986).

I følge Pope & Bouhoutsos (ibid) eksisterer der en række misforståelser, der hyppigt anføres som legitimering af et seksuelt forhold imellem behandler og patient. Det fremgår, at en del terapeuter tager formuleringen »at 'seksuelle forhold er forbudt' under terapien« meget bogstaveligt, hvorfor de arrangerer et møde udenfor terapiens fysiske rammer (f.eks. på et hotel).

En anden misforståelse er, at forbud imod seksuelle forhold kun eksisterer under igangværende terapi. Derfor ses det (iflg. ovenstående) ikke sjældent, at terapien abrupt bliver afbrudt, når det seksuelle forhold indledes.

En tredje misforståelse består i, at terapeuten finder et seksuelt forhold acceptabelt, når patienten tager initiativ til det: »hun ville selv«. De finder det forkert at fordømme seksuelle forhold mellem to voksne mennesker – uanset, at der er tale om en magtfordeling

Endelig peges der på, at visse terapeutiske kulturer legitimerer seksuel acting out. Dette foregår såvel imellem supervisor og supervisand, som imellem terapeut og patient.

Patientrelaterede risikofaktorer er desuden 1) Patienter der i barndommen er blevet seksuelt eller psykisk misbrugt, 2) Patienter der har været udsat for omsorgssvigt, 3) Patienter som i udstrakt grad har været omsorgsgivere i familien og 4) Patienter med et meget ringe selvværd.

Dynamiske forhold

»Essentially, one might say the cure is effected by love« – således skriver Freud *en passant* i et brev til Jung (6.12.1906) og referer til overføringsrelationen i analysen. Den britiske objektrelationsteoretiker David Mann (1997) formulerer sig endnu mere direkte: »I consider that the erotic pervades most if not all psychoanalytic encounters and is largely a positive and transformational influence«. Mann kalder ligefrem psykoterapi for »...an erotic relationship«.

Disse udsagn baseres på den antagelse, at en libidinøs binding er en nødvendig forudsætning for at etablere en terapeutisk relation, samt at den libidinøse binding er erotisk i sin natur. Såvel arbejdsalliancen som overføringsrelationen er et udtryk for en libidinøs katexering, der er *sine qua non* i psykoterapi. Alle nære relationer aktiverer overføringer – d.v.s. reaktiverer infantile følelser og impulser. I artiklen om overføringskærlighed (Freud 1915) påpeger Freud, at »... patientens forelskelse fremtvinges af den analytiske situation og ikke eventuelt kan tilskrives hans (i.e. analytikerens) persons fortrin« – således består forelskelsen i analytikerens »... af nye udgaver af gamle træk og gentagne infantile reaktioner«. Alle terapeuter vil på et eller andet tidspunkt opleve, at patienter udvikler erotiske eller seksualiserede overføringer, der måske viser sig ved forførforsøg eller flirt – pointen er imidlertid, at terapeuten ikke må lade sig forføre til at *udagere* sine følelser. Giver terapeuten efter og *handler* på sine følelser, forbyrder han/hun sig overfor en af analysens grundregler, nemlig *abstinensreglen*: »behandlingen må gennemføres under *abstinens*«, skriver Freud (ibid).

Terapeuten må med andre ord sætte sine egne behov i baggrunden – eller ideelt set, udenfor det terapeutiske rum. Ligesom patienten i den terapeutiske situation udvikler overføringer, får terapeuten uundgåeligt aktiveret modoverføringer – og ligesom patienten kan udagere sine overføringer og derved unddrage sig den analytiske bearbejdning, kan det ske for terapeutens modoverføringer: terapeuten udagerer sine impulser og iscenesætter dem i den terapeutiske situation

Nedenfor skal vi se på nogle af de ubevidste mekanismer, der kan ligge bag et seksuelt forhold i det terapeutiske rum. Som det vil fremgå, er seksuelle relationer determineret af meget andet end seksualitet og forelskelse.

Narcissiske konflikter optræder hyppigt i forbindelse med seksuel acting out. Ønsket om at blive beundret og elsket kan resultere i en flirtende, seksualiseret kontaktform – både fra terapeut og patient. Specielt hos terapeuter, der igen og igen har seksuelle relationer til deres patienter, kan man finde narcissistiske konflikter: det, der motiverer dem, er ofte et ønske om at være noget specielt, noget særligt; noget, som ingen kan modstå – og det får de iscenesat ved hjælp af seksualitet. Den gentagne

seksuelle kontakt med patienter kan også være udtryk for manglende evne til at fastholde den professionelle distance eller bære afstanden til patienten – og omvendt kan seksuel acting out være udtryk for manglende evne til at bære f.eks. nærhed og intimitet. Når det emotionelle klima i terapien bliver for intenst, sker der en seksuel udageren. Herved kan seksuel acting out ses som en defensiv foranstaltning.

Omnipotensforestillinger om at kunne helbrede eller frelse patienten – eller blot om at kunne gøre det bedre end tidligere terapeuter, forældre eller partnere – kan ligge bag et seksuelt forhold. Terapeuten kan have den forestilling, at patientens seksuelle problem vil forsvinde, hvis blot hun er sammen med »den rigtige mand« (jf. vignetten med gynækologen, der troede sig i stand til at fjerne patientens orgasmeproblem med et »terapeutisk samleje«)

Hos nogle – både terapeuter og patienter – kan det seksuelle forhold være udtryk for en ødipal acting out: den forbudte seksualitet med patienten (eller terapeuten) bag om ryggen på ægtefælle, supervisor eller patientens (terapeutens) partner konstituerer det klassiske tre-kantsdrama:

En læge i slutningen af 40'erne søger hjælp på grund af gentagne seksuelle forhold til patienter. Han fortæller, at han fascineres af situationer, hvor han er »one up« i uforpligtende forhold, som »ingen ved noget om«. »Det forbudte tænder mig« siger han – og »tanken om, at hendes mand bliver snydt« stimulerer ham yderligere.

I den ødipale iscenesættelse/acting out kan ligge *aggression* overfor en tredje part: supervisor, ægtefælle eller patientens partner, men også et ønske om at give eller modtage ømhed og omsorg. Specielt, når terapeuten er i en emotionel underskudssituation, er der risiko for, at han/hun udagerer sine »ømhedsbehov« (modoverføringer) i terapien.. Undersøgelser viser, at seksuelle grænseoverskridelser i terapien typisk sker, når terapeuten har vanskeligheder på grund af skilsmisse, kriser i parforholdet eller når han/hendes narcissistiske balance på anden måde er truet.

Aggressivt (sadistisk) ladet seksuel acting out fra terapeutens side kan forekomme ved terapeutisk stilstand, som et resultat af frustration og måske »hævn« overfor patienten, der »ikke vil makke ret«. Specielt i forbindelse med forestående afslutning af et længerevarende terapiforløb kan forekomme seksuelle kontakter som et forsvar imod separationsangsten – indgåelse af venskaber og *socialising* efter terapiens afslutning er i mindre målestok udtryk for det samme, nemlig benægtelse af og et forsvar imod separationen.

At seksualitet i det terapeutiske rum også handler om alt andet end seksualitet, havde allerede Freud blik for, når han skriver, at patienten »... producerer en modstand i forelskelsens fremtrædelsesform« (ibid). I og med den seksualiserede overføring – eller acting out – blokeres der for analytisk bearbejdning – det vil sige modstand i den terapeutiske proces:

En kvinde i starten af 30'erne henvises på grund af nedsat libido. Samtalerne handlede blandt andet om hendes kaotiske opvækst med en alkoholiseret, seksuelt grænseoverskridende far. I en række sessioner havde hun kredset om incest-temaet – hun havde vage, men usikre erindringer om, at han havde befølt hende og forsøgt at gennemføre samleje. Temaet vakte modstand hos hende: bl. a. udeblev hun fra en session, og kom udenfor aftalt tid, fordi hun havde misforstået aftalen. I overføringen udtrykte hun således ambivalens. En dag kom hun imidlertid iført en meget forførende påklædning: en gennemsigtig bluse og et ekstremt kort skørt. Hun havde desuden lagt make-up, som om hun skulle til selskab. Hun fortalte, at hun var blevet seksuelt optaget af terapeuten – *»jeg har mærket seksuel lyst for første gang i flere år«* – og var tydeligt seksuelt inviterende. Da terapeuten kommenterede dette, var hun først benægtende, men i sessionerne derefter kunne hun så småt begynde at se sin adfærd som acting out/modstand imod at arbejde videre med de smertelige erindringer om incest-oplevelserne.

Som ved enhver forførelse kan seksuel acting out i den terapeutiske situation rumme et element af projektiv identifikation: selvom patienten tager initiativ og derved tilsyneladende er den, der ønsker det seksuelle forhold realiseret, så kan det være en udageren af terapeutens fantasier og impulser. Via projektiv identifikation »bruges« patienten til at iscenesættes terapeutens forførelsesønsker. Følgende vignet *kan* være udtryk for en projektiv identifikation:

En kvinde i 40'erne fortæller, at hun har haft et forhold til en tidligere terapeut, men beskriver det som noget »fremmed«, som hun »ikke var med i med sjælen«. Hun siger også »jeg ved ikke hvordan det kom i stand. Det skete pludseligt, uden jeg egentlig havde lyst – eller tænkt på det...«

Vignetten kan imidlertid også være et eksempel på den splitting, der hyppigt ses hos patienter, som har været udsat for misbrug. Oftest viser splitting-forsvaret sig ved to modsatrettede reaktioner over det seksuelle forhold til terapeuten: fascination versus væmmelse og ubehag. – Netop det projektive element kan få det seksuelle forhold til at fremstå som et gensidigt anliggende. Gabbard (1996) anfører, at forelskelsen eller den seksuelle fascination kan rette sig imod projicerede dele af selvet, hvorved, der i egentligste forstand er tale om en narcissistisk relation.

Behandling

Patienter, der har været udsat for seksuelt grænseoverskridende adfærd fra en terapeut, kan være vanskelige at hjælpe: dels skal man arbejde med den grundlæggende mistillid til professionelle behandlere, dels udvikler mange behandlere en vanskelig modoverføringsreaktion, nemlig dårlig samvittighed, fordi krænkeren var »en af vore egen« (det vil sige en anden professionel terapeut). Dette kan let medføre et ønske om at kompensere for den tidligere terapeuts fejl og selv være »perfekt« – intet mindre – med det pres der ligger i dette. Denne modoverføring kan være van-

skelig at håndtere, og der ligger en risiko for, at den udvikler sig i en retning, der er destruktiv for terapien. Det er min erfaring, at man – som altid – må stræbe efter at være »good enough« og så vidt muligt holde sig til sine standard procedurer: neutralitet, faste rammer etc. At handle som om man skulle sone en irrationel skyld på professionen vegne og derfor gøre det perfekte arbejde tjener hverken patienten eller terapeuten selv.

I behandlingen af patienter, der har været udsat for seksuelt grænseoverskridende adfærd, må man dels arbejde med traumatet – det vil sige reaktionerne på den seksuelt grænseoverskridende oplevelse – dels med de problemer, der ikke er blevet behandlet i den oprindelige terapi. Oftest vil patienten stadigvæk have behov for at få bearbejdet sine primære problemer.

Hos disse patienter vil man hyppigt møde følgende temaer:

- 1) *Ambivalensfølelser overfor terapien/terapeuten*: patienten søger hjælp, men kan have svært ved at etablere en tilstrækkelig grad af tillid. Patientens partner kan være medvirkende til at stimulere denne mistillid, og det kan være hensigtsmæssigt at tage en samtale med ham/hende.
- 2) *Skyld og skam*: som ved mange andre seksuelle overgreb kan patienten have en irrationel følelse af, at han/hun selv var ude om det – det vil sige selv var skyld i overgrebet. Det kan være lettere at erkende egne fejl end at erkende, at terapeuten (i overføringen: mor eller far) svigter.
- 3) *Manglende selvfølelse*: »jeg er intet værd. Jeg føler mig ussel og beskidt«
- 4) *Seksuelle problemer*: patienten kan få *flash-back* i seksuelle situationer. Måske har han/hun mistet lysten eller udviklet en egentlig seksuel dysfunktion (vaginisme, erektil dysfunktion o.l.)
- 5) *Vrede og bitterhed*: patienten har ofte behov for at kunne forholde sig konstruktivt til sin vrede. Ønsker om hævn og acting out er destruktivt i terapien. En vigtig terapeutisk opgave er derfor containing og metabolisering af patientens aggressive følelser. – Noget andet er så de juridiske konsekvenser af det seksuelle overgreb – man kan evt. hjælpe patienten til at formulere sin klage overfor de rette instanser.
- 6) *Angst og forvirring*: patienten er ofte forvirret over sig selv og sine reaktioner; måske har han/hun nogle stærkt modsatrettede reaktioner (f.eks. nydelse og afsky), der fastholdes ved hjælp af splitting forsvaret. Den forvirring kan ligne den identitetsforvirring, som man kan se hos borderlinepatienter. Det gælder om at hjælpe patienten med at arbejde og integrere de fraspaltede selvrepræsentationer.

Behandling af patienter, der har været udsat for seksuelle overgreb ligner i vid udstrækning behandlingen af PTSD – post traumatiske stress forstyrrelser. Her i landet foregår behandlingen sædvanligvis individuelt,

men i USA er der gode erfaringer med gruppe-behandling. Det kan i sig selv være kurativt at møde andre, der har været i samme situation.

Afslutning

Skønt vi nu ved, at der sker seksuelle overgreb i medicinsk og psykoterapeutisk behandling, gøres der stort set intet ved det. At ignorere og benægte, er det værste, man kan gøre. Derfor bliver man nødt til at tematisere såvel seksuelle overføringer, som seksuelle overgreb i de terapeutiske uddannelser og supervision. Seksuelle følelser og fantasier er ikke tegn på en personlig brist, men en almindelig modoverføringsreaktion, der siger noget om det, der foregår i terapiens dynamiske felt. Seksuel acting out, derimod, er destruktiv og skal for enhver pris undgås. Den bedste metode til at forbygge seksuelle overgreb i terapeutiske situationer er at tale om det – det vil sige af-tabuisere. Kun ved at se tingene i øjnene, kan vi få styr på dem.

De fleste undersøgelser af seksualitet i behandler-patient kontakten er amerikanske. Vi har én nordisk, nemlig den norske fra 1991-92, der kunne give grund til optimisme her i landet, hvis vi ellers kan sammenligne os med Norge: den viser nemlig betydeligt lavere tal for sex i behandlingssituationer end de amerikanske. En del af den interesse, der er for seksuelle overgreb i terapi-situationer i USA, hænger utvivlsomt sammen med den der eksisterende forsikringspolitik: i tilfælde af malpraksis kan patienten regne med store forsikringssummer. Men vi har behov en dansk kortlægning af problemet – både af dets omfang og dynamikken bag de seksuelle forhold i behandlingsrelationerne.

I øjeblikket eksisterer der kun få behandlingsmuligheder for professionelle, der har overskredet seksuelle grænser i det terapeutiske arbejde. Hvis en behandler »bliver opdaget« ved at patienten eller pårørende tager affære, bliver han/hun sædvanligvis meldt til sundhedsstyrelsen, der giver en reprimande. I grovere tilfælde kan det føre give legale konsekvenser og ende med fradømmelse af retten til at praktisere.

På længere sigt ville det være hensigtsmæssigt, at behandlingsmulighederne udbygges. F.eks. kunne man i lokalt/amtsligt regi have en eller flere personer, som kunne rådgive og eventuelt behandle kollegaer, der har problemer. Noget tilsvarende eksisterer indenfor misbrugs-området.

Lidt i spøg, men også i alvor har Michael Plaut (1995) lavet en '*Statement of informed consent for a sexual relationship between a health professional and a client or a patient*'. Denne erklæring er udformet således, at patienten skal underskrive, at han/hun frivilligt går ind på et seksuelt forhold til terapeuten, samt at dette medfører en række risici:

»..... I understand that, although some such relationships are successful, all relationships between health care professionals and patients or clients carry great risk. Such involvement may be accompanied by personal degradation by the Provider, criticism of my relationship with my current partner, and encouragement to isolate myself from other personal involvements. I understand also that the Provider may not be in a monogamous relationship with me and that he/she is likely to suddenly terminate the relationship«..... »The sexual relationship with this Provider may ultimately have extremely damaging consequences for me including, but not necessarily limited to, feelings of betrayal, helplessness, anger, confusion, guilt and depression, that these feelings could result in a need for psychiatric care beyond that which may have been necessary in the past, and that these feelings could possibly result in my suicide.«

En sådan erklæring, der skal underskrives af patienten er næppe gearret til danske forhold! Men den er tankevækkende.

REFERENCER

- BOUHOUTSOS, J. C. et al (1983): Sexual Intimacy between Psychotherapists and Patients. *Professional Psychology*. 14: 185-96.
- BURGESS, A.W. (1981): Physician Sexual Misconduct and Patients Responses'. *Amcr. Jr. Psychiatry*. 138: 1335-42.
- CHESLER, P. (1972): *Women and Madness*. New York: Avon Books.
- DAVIDSON, V. (1977): Psychiatry's Problem with No Name: Therapist-patient Sex. *Amcr. Jr. of Psychoanal.* 37: 43-50.
- HOLROYD, J.C. & BRODSKY, A.M. (1977): Psychologist's Attitudes and Practices Regarding Erotic and Nonerotic Physical Contact with Patients. *Amcr. Psychologist*. 32: 843-49.
- FREUD, S. (1915): Bemærkninger om Overføringskærligheden. In: ANDKLÆR OLSEN, O. & KØPPE, S. (ed): *Afhandlinger om Behandlingsteknik*. København: Hans Reitzel (1992).
- GABBARD, G.O. (1996): *Love and Hate in the Analytic Setting*. New York: Aronson.
- GABBARD, K. & GABBARD, K.O. (1987): *Psychiatry and the Cinema*. Chicago: Uni. Chicago Press.
- GARTRELL, N. et al (1986): Psychiatrist-Patient Sexual Contact. Results of a National Survey. *Amcr. Jr Psychiatry* 143: 1126-32
- KARDENER, S.H. et al (1973): A Survey of Physicians' Attitudes and Practices Regarding Erotic and Nonerotic Contacts with Patients. *Amcr, Jr. Psychiat.* 130:1077-81
- KERR, J. (1993): *A most Dangerous Method*. New York: Knopf
- MANN, D. (1997): *Psychotherapy. An Erotic Relationship*. London: Routledge.
- McCARTNEY, J.L. (1966): Overt Transference. *J. Sex. Research*. 2(3): 227-37.
- MARMOR, J. (1972): Sexual Acting Out in Psychotherapy. *Amcr. Jr. Psychoanal.* 32: 327-335.
- MASSON, J.M. (1984): *Angrebet på Sandheden*. København: Fremad.
- MØHL, B. (1983): *En Pinlig Trekant*. Politikens Kronik 3/8 1983.
- PARIS, B. (1994): *Karen Horney: A Psychoanalyst's Search for Self Understanding*. New Haven: Yale Uni. Press.

- PLAUT, M. (1995): Informed Consent for Sex Between Health Professional and Patient or Client. *Amcr. Sex Educators, Counselors & Therapists*. 129-31.
- POPE, K.S. et al (1986): Sexual Attraction to Clients. *American Psychologist*, 41: 147-58
- POPE, K.S. & BOUHOUTSOS, J.C. (1986): *Sexual Intimacy between Therapists & Patients*. New York: Praeger.
- SCHOENER, G. (1998): *Handouts ved seminar om professionelle behandlere og seksuelle overgreb*. Dansk Forening for Klinisk Sexologi
- SHEPARD, M. (1971): *The Love Treatment: Sexual Intimacy between patients and psychotherapists*. New York: Wyden.
- STEPANSKY, P. (ed.): *The Memoir of Margaret Mahler*. New York: Free Press.
- YALOM, I.D. (1989): *Love's Executioner*. New York: Basic Books.
- YALOM, I.D. (1997): *Lying on the Couch*. New York: Basic Books.