

Incriminarea și sancționarea relațiilor sexuale/abuzive între psiholog/psihoterapeut și pacient/client

PROPUNERE DE POLITICĂ PUBLICĂ

*Fundamentare juridică europeană și internațională pentru amendare legislației
naționale din România*

Martie 2026

Maria Mădălina RADU (Turza)¹

madalina.radu@cedcd.ro

¹ © 2026 Maria Mădălina RADU (TURZA). Prezentul document constituie operă originală de analiză juridică și propunere de politică publică. Acest document este distribuit sub licența Creative Commons Atribuire – Necomercial – FărăModificări 4.0 Internațional (CC BY-NC-ND 4.0). **Puteți partaja documentul în forma sa originală, cu condiția citării autoarei și a sursei, fără utilizare comercială și fără modificări.**

Mod de citare recomandat:

- Radu (Turza), M.M. (2026). *Incriminarea și sancționarea relațiilor sexuale/abuzive între psiholog/psihoterapeut și pacient/client: Propunere de politică publică — Fundamentare juridică europeană și internațională pentru amendarea legislației naționale din România*. Martie 2026. [Document disponibil la: <https://www.madalinaradu.com/abuz-de-pozitie-zero-tolerana>].

1. Definiții și termeni de lucru

Psiholog: persoană care deține atestat de liberă practică în psihologie, emis de organismul profesional competent (ex: Colegiul Psihologilor din România). Exercițiu de activități de evaluare, consiliere, intervenție psihologică.

Psihoterapeut: profesionist format în psihoterapie, autorizat să conducă procese terapeutice structurate. În unele state UE, titlul e protejat legal (ex: Germania – Psychotherapeutengesetz; Franța – titlul protejat din 2011); în altele, psihoterapia se exercită sub licența de psiholog sau medic.

Consilier: profesionist care oferă consiliere psihologică, de obicei în arii specifice (carieră, adicții, doliu). Nivelul de reglementare variază semnificativ între statele UE.

Psihiatru: medic specialist în psihiatrie; reglementat prin legislația medicală. Intră în discuție când practică și psihoterapie sau când exploatează relația medic-pacient.

Pacient/Client: persoană care beneficiază de servicii psihologice sau psihoterapeutice. Termenul „client” e preferat în psihoterapia non-medicală; „pacient” în contexte clinice.

Relație sexuală cu pacient actual: orice contact sexual sau act de natură sexuală între profesionist și pacientul/clientul aflat în curs de terapie/tratament. Interzis universal în codurile etice ale profesiei.

Fost pacient (cooling-off period): perioadă post-terapeutică în care relațiile sexuale rămân interzise sau sunt descurajate. Exemple: SUA – APA recomandă minim 2 ani; Danemarca – 2 ani; unele organizații recomandă interdicție permanentă.

Abuz de putere/autoritate: exploatarea asimetriei inerente relației terapeutice – acces la informații intime, vulnerabilitate emoțională, transfer, dependență.

2. Vulnerabilitatea psihologică și consimțământul viciat în relația terapeut–pacient

2.1 Asimetria de putere și consimțământul afectat

Relația terapeutică generează o vulnerabilitate structurală care nu se regăsește în alte relații profesionale în aceeași măsură. Această vulnerabilitate rezultă din mai mulți factori concurenți:

Autoritatea profesională și transferul: Pacientul proiectează asupra terapeutului emoții, nevoi și așteptări legate de figuri de atașament anterioare (părinți, parteneri). Acest fenomen – „transferul” – face parte din dinamica terapeutică, dar creează o dependență emoțională intensă care alterează capacitatea pacientului de a evalua obiectiv comportamentul terapeutului. Contratransferul (reacția emoțională a terapeutului) poate conduce la raționalizarea contactului sexual sub aparența unei «relații reale» — terapeutul își justifică abuzul invocând sentimente reciproce, fără a recunoaște că dinamica de putere viciază orice aparent consimțământ.

Contratransferul = reacția emoțională pe care terapeutul o dezvoltă față de pacient (atracție, afecțiune, nevoia de a fi admirat etc.), ca răspuns la transferul pacientului. Este un fenomen normal în terapie, dar trebuie gestionat prin supervizare.

Dependența emoțională: Pacientul își dezvăluie cele mai intime gânduri, traume, anxietăți. Această dezvăluire unilaterală creează un dezechilibru de putere similar cu cel din relațiile de îngrijire instituțională, dar și mai profund, deoarece pacientul se simte „înțeles” și „acceptat” într-un mod pe care nu îl experimentează în alte relații.

Vulnerabilitatea psihică preexistentă: Pacienții ajung la terapeut în momente de criză (depresie, anxietate, traume, doliu, dependențe). Această stare diminuează capacitatea de discernământ și de rezistență la influența exercitată de o figură de autoritate.

Fenomenul de „trauma bonding” (atașament indus): Similar mecanismelor din relațiile abuzive, pacientul poate dezvolta un atașament patologic față de terapeut, confundând dependența cu afecțiunea. Ciclul de dezvăluire – validare – grațificare emoțională creează o dinamică în care pacientul privește relația sexuală ca pe o extensie naturală a procesului terapeutic.

2.2 Cadrul de referință — ce este și cum este modificat în relația terapeutică

Pentru a înțelege de ce legislația trebuie să protejeze pacientul dincolo de consimțământul său aparent, este necesar să clarificăm un concept fundamental din psihologia cognitivă: **cadrul de referință** (eng. *frame of reference*).

Cadrul de referință reprezintă totalitatea convingerilor, valorilor, experiențelor anterioare și normelor internalizate prin care o persoană evaluează realitatea, ia decizii și stabilește ce este normal, acceptabil sau periculos. Este, în termeni simpli, „busola internă” a persoanei — sistemul care ne permite să distingem o relație sănătoasă de una abuzivă, o propunere legitimă de o manipulare, un gest de afecțiune de o transgresiune.

Conceptul a fost dezvoltat inițial de psihologii umanisti Carl Rogers (1951, *Client-Centered Therapy*, Houghton Mifflin) și ulterior integrat în teoria cognitiv-comportamentală de Aaron Beck (1976, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International Universities Press). Rogers a demonstrat că terapeutul, prin empatie, congruență și acceptare necondiționată, capătă capacitatea de a influența cadrul de referință al pacientului — ceea ce este tocmai scopul terapiei, dar devine un instrument de manipulare atunci când este folosit în interes propriu.

Schimbarea cadrului de referință (eng. *frame shifting* sau *reframing*) este procesul prin care o persoană ajunge să evalueze aceeași realitate într-un mod fundamental diferit. În terapie, acest proces este folosit în scop pozitiv: de exemplu, un pacient care interpretează orice eșec ca „dovadă că nu valorez nimic” este ajutat să își schimbe cadrul de referință spre o interpretare mai echilibrată. Dar exact acest mecanism — pe care terapeutul este **format profesional** să îl aplice — poate fi întors împotriva pacientului: terapeutul poate schimba cadrul de referință al pacientului astfel încât contactul sexual să fie perceput de pacient ca „vindecare”, „intimitate autentică” sau „expresie a unei relații speciale”, și nu ca ceea ce este în realitate — o exploatare a vulnerabilității.

Cercetarea lui Kenneth S. Pope, una dintre cele mai citate autorități mondiale în materia eticii psihoterapeutice (Pope, 1994, *Sexual Involvement with Therapists: Patient Assessment, Subsequent Therapy, Forensics*, American Psychological Association), a demonstrat că pacienții abuzați de terapeuți descriu frecvent o experiență de „realitate alterată” — nu în sensul psihotic al termenului, ci în sensul că, pe durata relației cu terapeutul, ei operau cu un cadru de referință complet diferit de cel pe care îl aveau anterior sau pe care l-au recăpătat ulterior. Această experiență este descrisă în mod recurent cu formulări precum: „Nu înțeleg cum am putut crede că era normal”, „Eram o persoană inteligentă, dar parcă nu mai gândeam cu mintea mea” sau „Abia după ce am vorbit cu altcineva mi-am dat seama ce se întâmpla”.

Acest fenomen nu este specific persoanelor cu capacitate intelectuală redusă sau cu patologie psihiatrică severă. Dimpotrivă, cercetările lui Pope și Bouhoutsos (1986, *Sexual Intimacy Between Therapists and Patients*, Praeger) au arătat că victimele abuzului terapeutic provin din toate categoriile socio-profesionale, inclusiv persoane cu studii superioare, cu funcții de conducere și cu funcționare psihosocială anterioară foarte bună. Explicația rezidă tocmai în faptul că schimbarea cadrului de referință nu depinde de inteligența pacientului, ci de asimetria structurală a relației și de competența profesională a terapeutului de a influența procesele cognitive și emoționale ale persoanei.

Irving Yalom, unul dintre cei mai influenți psihoterapeuți din lume, a descris această asimetrie astfel: terapeutul deține „o putere enormă” asupra pacientului tocmai pentru că pacientul vine cu cele mai profunde vulnerabilități ale sale și le oferă în mod voluntar profesionistului, prezumând că acesta le va folosi pentru vindecare (Yalom, 2002, *The Gift of Therapy*, HarperCollins). Atunci când terapeutul folosește aceste vulnerabilități pentru satisfacerea propriilor nevoi, el nu doar comite o abatere etică — el deturnezează un instrument terapeutic într-un instrument de exploatare, într-un context în care pacientul nu are mecanisme eficiente de apărare, tocmai pentru că a fost învățat să le dezactiveze ca parte din procesul terapeutic.

2.3 Cum este afectat concret discernământul — de ce orice persoană poate pierde capacitatea de a se proteja

Discernământul nu dispare brusc. El este erodat treptat, ședință cu ședință, prin ceea ce literatura de specialitate numește „deplasarea graniței” (*boundary shifting* sau *boundary erosion*) — un concept studiat extensiv de Gabbard și Lester (1995, *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, Basic Books) și de Simon (1995, *The natural history of therapist sexual misconduct: identification and prevention*, *Psychiatric Annals*, 25(2), 90-94).

Simon a identificat un model predictibil, pe care l-a numit „panta alunecoasă” (*slippery slope*): transgresiunile nu încep cu contactul sexual, ci cu încălcări aparent minore ale cadrului profesional — o atingere pe umăr, o ședință prelungită, un schimb de cadouri, o conversație personală în afara cadrului terapeutic, o comunicare pe rețele sociale. Fiecare pas, luat individual, poate părea nesemnificativ. Dar fiecare pas redefinește cadrul de referință al pacientului: ceea ce era neobișnuit la ședința anterioară devine normal la ședința următoare.

a) Asimetria informațională totală

Într-o relație terapeutică, pacientul dezvăluie absolut tot: traume din copilărie, abuzuri anterioare, rușine, frici, fantasme, eșecuri, vulnerabilități pe care nu le-a spus nimănui. Terapeutul, în schimb, nu dezvăluie nimic despre sine. Această asimetrie nu este un accident — ea este condiția necesară a terapiei, descrisă încă de Freud (1912, *The Dynamics of Transference*, Standard Edition, vol. XII) și reafirmată de toate orientările psihoterapeutice contemporane.

Dar tocmai de aceea, ea creează un dezechilibru de putere fără echivalent în alte relații profesionale: terapeutul cunoaște cele mai profunde puncte vulnerabile ale pacientului, iar pacientul nu cunoaște nimic despre terapeut. Un avocat cunoaște situația juridică a clientului. Un medic cunoaște starea fizică a pacientului. Dar un psihoterapeut cunoaște **arhitectura emoțională completă** a persoanei: de ce se teme, de ce se atașează, ce o face să cedeze, ce îi declanșează nevoia de aprobare, ce mecanism de apărare folosește și cum poate fi acesta dezactivat.

Această cunoaștere, dacă este folosită în interes propriu, transformă terapeutul în cel mai eficient posibil manipulator al acelei persoane specifice — pentru că dispune exact de „harta” psihologică a victimei. Srinivasan (2017, *Sexuality and psychotherapy: an exploratory study of the subjectivities of psychotherapists with experience of sexual boundary violations*, PhD thesis, University of Leeds) a demonstrat că terapeuții care comit abuzuri utilizează în mod specific informațiile obținute în terapie pentru a construi scenarii de seducție adaptate exact la vulnerabilitățile individuale ale pacientului.

b) Redefinirea treptată a normalului (schimbarea cadrului de referință în practică)

Procesul concret arată astfel: terapeutul introduce elemente ușor neconvenționale — un compliment personal, o întrebare cu nuanță intimă, un gest fizic care depășește cadrul profesional. Pacientul resimte un disconfort, dar îl ignoră, pentru că are încredere în terapeut și presupune că acesta știe ce face — este ceea ce Milgram a demonstrat experimental în celebrele sale studii privind supunerea la autoritate (Milgram, 1963, *Behavioral Study of Obedience*, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(4), 371-378): persoanele obișnuite se supun figurilor de autoritate chiar și atunci când li se cere să facă lucruri pe care le consideră greșite, atât timp cât autoritatea pare legitimă.

Terapeutul validează apoi noul comportament ca „parte din terapie” sau ca „semn de progres”. Treptat, ceea ce era anormal devine normalul ședinței. Când se ajunge la contactul sexual, pacientul a parcurs deja o serie lungă de pași în care granițele au fost mutate cu acordul său aparent — un acord pe care l-a dat însă într-un cadru în care nu mai dispunea de criteriile inițiale de evaluare. Cadru de referință a fost schimbat, iar pacientul evaluează situația cu noua „busolă” — una care a fost recalibrată de terapeut.

Peterson (1992, *At Personal Risk: Boundary Violations in Professional-Client Relationships*, W.W. Norton) a descris acest fenomen ca o „captură psihologică” (*psychological capture*): pacientul nu este liber să evalueze relația pentru că evaluarea sa se bazează pe un cadru de referință care a fost modificat tocmai de persoana pe care ar trebui să o evalueze. Este un cerc vicios logic din care pacientul nu poate ieși prin propriile forțe.

c) Încrederea legitimă și inversarea responsabilității percepute

Pacientul vine la terapeut cu o încredere legitimă — recomandată de întreg sistemul: de medicul care l-a trimis, de prietenii care i-au sugerat să „ceară ajutor”, de campaniile de conștientizare care spun „mergi la psiholog”. Această încredere nu este naivitate; este răspunsul rațional al unei persoane care urmează sfaturile societății și ale sistemului de sănătate.

Când terapeutul depășește limitele profesionale, pacientul se confruntă cu o **disonanță cognitivă** majoră (Festinger, 1957, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press): „Această persoană în care toți mi-au spus să am încredere face ceva ce mă deranjează. Dar dacă mă deranjează, înseamnă că eu am o problemă — de aceea sunt la terapie.” Astfel, pacientul ajunge să își atribuie sieși responsabilitatea pentru disconfortul resimțit, iar terapeutul îi confirmă această interpretare — transformând rezistența pacientului într-o „temă terapeutică” de lucrat. Acest mecanism de inversare a vinovăției (*victim blaming*) este identic cu cel descris în cazul violenței domestice și al controlului coercitiv (Stark, 2007, *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life*, Oxford University Press).

2.4 De ce este greu de crezut că terapeuții fac acest lucru fără intenție — conștiența și culpa profesională

Argumentul central este acesta: un psiholog sau psihoterapeut nu este un cetățean obișnuit care se implică într-o relație sexuală cu o altă persoană. El este un profesionist format ani de zile — minim 5-7 ani de studii superioare, urmate de formare specializată, supervizare clinică și examinare etică — tocmai pentru a înțelege, recunoaște și gestiona aceste dinamici.

Formarea profesională include în mod explicit:

Studiul transferului și contratransferului — orice program de psihoterapie din lume, indiferent de orientare (psihodinamică, cognitiv-comportamentală, umanistă, integrativă), predă aceste concepte ca bază a practicii clinice. Terapeutul este format să recunoască momentul în care pacientul dezvoltă atașament emoțional sau erotic și să gestioneze această situație prin supervizare, nu prin reciprocitate. Manualele de referință ale profesiei — de la Gabbard (2016, *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, 2nd ed.) la Zur (2007, *Boundaries in Psychotherapy*, APA) — tratează aceste situații pe capitole întregi.

Studiul granițelor profesionale (*boundary management*) — terapeutul învață că orice depășire a limitelor profesionale — fie ea o atingere, un cadou, o relație duală, o comunicare personală — reprezintă un risc pentru pacient și un semn de alarmă care impune supervizare sau reorientare a pacientului către alt terapeut.

Codul deontologic — în toate statele UE, codurile etice ale profesiei interzic explicit relațiile sexuale cu pacienții. Codul deontologic al Colegiului Psihologilor din România prevede: „Psihologii nu se angajează în relații sexuale cu clienții lor.” Federația Europeană a Asociațiilor de Psihologi (EFPA) include aceeași interdicție în Meta-Codul de Etică (*Meta-Code of Ethics*, 2005, revizuit 2015). Terapeutul cunoaște această interdicție; ea este condiția obținerii și menținerii atestatului de liberă practică. Interdicția nu este ambiguă și nu lasă loc de interpretare.

Prin urmare, când un terapeut inițiază sau permite un contact sexual cu pacientul, el face acest lucru cunoscând pe deplin trei lucruri:

- (1) că pacientul se află într-o stare de vulnerabilitate emoțională;
- (2) că dinamica de transfer face ca orice „consimțământ” să fie afectat de dependență;
- (3) că fapta este interzisă de normele profesiei tocmai pentru aceste motive.

Afirmația „nu am știut” sau „a fost reciproc” este, din perspectiva formării profesionale, echivalentul unui chirurg care ar spune „nu am știut că bisturiul taie”.

Cunoașterea acestor riscuri este **condiția de bază** a exercitării profesiei.

Pope și Vasquez (2016, *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*, 5th ed., Wiley) au subliniat că în niciun alt domeniu profesional conștienta riscului de exploatare nu este atât de explicit predată, examinată și supervizată ca în psihoterapie. Terapeutul care alege să depășească aceste limite nu are o lacună de cunoaștere — are o **decizie deliberată** de a folosi în interes propriu mecanismele pe care a fost format să le gestioneze în interesul pacientului.

Există o singură excepție teoretică: cazul în care terapeutul are el însuși o patologie psihică severă care îi afectează discernământul profesional. Dar și în această situație, obligația de supervizare și de auto-evaluare permanentă (prevăzută de codurile etice) înseamnă că responsabilitatea profesională rămâne angajată: terapeutul trebuia să solicite supervizare sau să înceteze practica înainte de a ajunge în situația de a-și exploata pacienții.

2.5 Exemple concrete de manipulare prin afectarea discernământului

Pentru a ilustra modul în care mecanismele descrise mai sus funcționează în practică, prezentăm trei scenarii tipice, construite pe baza patternurilor documentate în literatura de specialitate (Pope, 1994; Gabbard & Lester, 1995; Schoener et al., 1989, *Psychotherapists' Sexual Involvement with Clients: Intervention and Prevention*, Walk-In Counseling Center) și în cazuistica organismelor profesionale.

Exemplul 1

Redefinirea contactului fizic ca „tehnică terapeutică” (schimbarea cadrului de referință prin „reframing” clinic)

O pacientă de 32 de ani, în terapie pentru anxietate și dificultăți relaționale după un divorț, relatează terapeutului că nu a fost niciodată atinsă cu afecțiuni de către părinți. Terapeutul propune „exerciții de reconectare corporală” — inițial o atingere pe umăr, apoi îmbrățișări la finalul ședinței, apoi atingeri progresiv mai intime, prezentate ca „parte din procesul terapeutic de reparare a atașamentului”. Pacienta resimte disconfort, dar nu îl exprimă, pentru că terapeutul a redefinit cadrul de referință: „disconfortul tău este o rezistență pe care trebuie să o depășim”. Când contactul devine sexual, pacienta consideră că aceasta este etapa finală a „vindecării”. De-abia luni sau ani mai târziu, într-un alt context, realizează ce s-a întâmplat.

Mecanismul: terapeutul a folosit informația despre istoria de atașament a pacientei (obținută în cadrul terapiei) pentru a crea un context în care contactul fizic părea justificat clinic, iar rezistența pacientei era reinterpretată ca simptom. Cadrul de referință al pacientei a fost schimbat: de la „atingerea din partea terapeutului este neobișnuită” la „atingerea face parte din vindecare”. Această schimbare a fost realizată cu instrumente profesionale (reframing, interpretare terapeutică) — exact cele pe care terapeutul a fost format să le utilizeze.

Exemplul 2

Izolarea relațională și crearea dependenței exclusive

Un pacient de 45 de ani, în terapie pentru depresie după pierderea unui loc de muncă, se atașează puternic de terapeută, singura persoană care îl „ascultă cu adevărat”. Terapeuta, în loc să gestioneze transferul, îl întărește: „Oamenii din viața ta nu te înțeleg. Eu sunt singura care te vede cum ești.” Treptat, pacientul își reduce contactele sociale la recomandarea terapeutei și devine complet dependent emoțional de ședințele de terapie. Terapeuta îi sugerează ședințe mai frecvente, apoi conversații telefonice în afara programului, apoi întâlniri „informale”. Când relația devine sexuală, pacientul o percepe ca pe singura relație autentică din viața sa. Când terapeuta decide să încheie relația, pacientul suferă un episod depresiv sever, cu ideea de suicid — mai grav decât motivul inițial pentru care a venit la terapie.

Mecanismul: izolarea treptată de rețeaua socială — documentată de Herman (1992, *Trauma and Recovery*, Basic Books) ca tactică centrală a controlului coercitiv — crearea dependenței exclusive, exploatarea vulnerabilității preexistente. Cadrul de referință al pacientului a fost redus la o singură sursă de validare: terapeuta. Toate celelalte relații au fost descalificate din interiorul procesului terapeutic.

Exemplul 3

Exploatarea traumei și inversarea vinovăției

O pacientă de 27 de ani, supraviețuitoare a unui abuz sexual din copilărie, este în terapie pentru stres post-traumatic. Terapeutul îi spune că „pentru a te vindeca de traumă trebuie să ai experiențe sexuale pozitive, într-un cadru sigur” și se oferă el însuși ca partener, invocând „cadrul terapeutic protejat”. Pacienta, a cărei capacitate

de a stabili limite sănătoase a fost distrusă de abuzul anterior, acceptă — mai ales că terapeutul este prima persoană față de care a reușit să vorbească despre traumă. Când, ulterior, o prietenă o întreabă dacă este normal ce face terapeutul, pacienta reacționează cu apărare și neagă abuzul — exact cum făcea în copilărie: mecanismul de protecție învățat în relația abuzivă anterioară a fost reactivat de terapeut.

Mecanismul: exploatarea directă a traumei preexistente, folosind cunoștințele profesionale despre PTSD și despre mecanismele de atașament dezorganizat (descrise de Bowlby, 1969, *Attachment and Loss*, Basic Books, și dezvoltate de Main & Hesse, 1990). Este cea mai gravă formă de abuz terapeutic, pentru că reutilizează exact vulnerabilitatea pentru care pacientul a cerut ajutor, iar apărarea pacientei (negarea abuzului) este ea însăși un simptom al traumei exploatare.

2.6 Consecințe asupra integrității psihice și emoționale — efecte reale în viața pacientului

Abuzul sexual în cadrul relației terapeutice produce consecințe **mai grave** decât alte forme de abuz sexual între persoane adulte, din cauza a doi factori suplimentari:

(1) pacientul a venit la terapeut tocmai pentru a fi ajutat, iar abuzul distruge capacitatea de a mai cere ajutor ulterior — un efect pe care Pope (1994) l-a numit „uciderea speranței terapeutice”;

(2) abuzul se petrece într-un spațiu pe care pacientul l-a perceput ca fiind cel mai sigur din viața sa, ceea ce produce o **traumă de trădare** (*betrayal trauma*) cu efecte deosebit de profunde, documentată de Freyd (1996, *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*, Harvard University Press).

Consecințe psihice și emoționale documentate:

Dezvoltarea sau agravarea tulburărilor psihice: depresie majoră, tulburare de stres post-traumatic (PTSD), anxietate generalizată, tulburări disociative, ideeație suicidară. Studiul de referință al lui Pope și Vetter (1991, *Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists*, *Psychotherapy*, 28(3), 429-438), realizat pe un eșantion de 958 de pacienți, a arătat că 90% dintre pacienții abuzați de terapeut au prezentat efecte negative, 11% au necesitat spitalizare, iar 14% au raportat tentative de suicid. Simptomele sunt comparabile cu cele ale victimelor de viol sau ale supraviețuitorilor de abuz din copilărie — chiar dacă pacientul a „**consimțit**” la momentul faptei.

Distrugerea capacității de a mai accesa servicii de sănătate mintală: victima dezvoltă o neîncredere profundă în orice profesionist din domeniu, ceea ce înseamnă că nu mai poate primi tratamentul de care are nevoie — nici pentru problema inițială, nici pentru trauma produsă de abuz. Această consecință, denumită de Luepker (1999, *A comparison of nonoffender therapist and offender therapist treatment outcome for clients sexually exploited by a previous therapist*, in Schoener et al., eds.) „dubla privare terapeutică”, are impact pe termen lung asupra sănătății publice.

Confuzie identitară și pierderea autonomiei decizionale: pacientul nu mai are încredere în propria capacitate de a evalua relațiile, situațiile și intențiile altor persoane. Această pierdere a „busolei interne” — a cadrului de referință propriu — afectează toate domeniile vieții, nu doar relația cu terapeutul.

Consecințe sociale, relaționale și patrimoniale:

Decizia de a întrerupe sau sabota relații existente: sub influența dependenței de terapeut, pacienții iau decizii cu consecințe ireversibile - divorțează, se îndepărtează de familie, rup prietenii, își abandonează rețeaua de sprijin - pe baza „recomandărilor” terapeutului care, prin consolidarea dependenței, își asigură controlul. Aceste decizii sunt luate cu un cadru de referință alterat - **pacientul crede că „alege liber”, dar alege pe baza unor criterii care au fost modificate de terapeut.**

Decizii patrimoniale afectate: sunt documentate cazuri în care pacienți au oferit sume importante de bani, bunuri sau au modificat acte juridice (testamente, contracte, procuri) sub influența relației cu terapeutul. Dependența emoțională funcționează ca un factor care viciază consimțământul nu doar în sfera sexuală, ci în orice decizie în care terapeutul are influență — la fel cum se întâmplă în cazul influenței nejustificate (*undue influence*) recunoscute în dreptul civil (cf. Odell & Stewart, 1993, *Ethical Issues Associated with Client Values Conversion and Therapist Value Agendas*, Journal of Marital and Family Therapy, 19(3), 249-260).

Izolarea socială și pierderea capacității profesionale: pacientul își pierde funcționalitatea profesională, relațională și socială — nu doar ca efect direct al abuzului, ci și ca efect al dependenței, al confuziei și al traumei de trădare. Această pierdere are costuri economice reale, atât pentru individ, cât și pentru sistemul de sănătate și pentru societate.

2.7 Concluzie — De ce este necesară intervenția legislativă

Mecanismele descrise mai sus, documentate extensiv de literatura științifică a ultimelor patru decenii, demonstrează că relația terapeutică nu este o relație între doi adulți egali care pot negocia liber termenii unei relații sexuale. Este o relație în care una dintre persoane deține cunoașterea completă a vulnerabilităților celeilalte, dispune de instrumente profesionale de influențare a comportamentului și a fost formată explicit să recunoască și să prevină exploatarea acestei asimetrii.

Consimțământul pacientului, în aceste condiții, nu poate fi considerat liber și valabil în sensul pe care dreptul penal îl conferă acestui concept. Nu pentru că pacientul ar fi incapabil sau neinteligent, ci pentru că **însuși cadrul relației** — un cadru creat și controlat de terapeut — alterează condițiile în care consimțământul este format. Cadrul de referință al pacientului a fost modificat de terapeut cu instrumente profesionale, iar pacientul „consimte” pe baza unei realități percepute care nu mai corespunde realității obiective.

Legislația actuală din România, care condiționează sancționarea penală de dovedirea constrângerii fizice sau a imposibilității de apărare, nu acoperă această realitate. O persoană manipulată prin exploatarea transferului, prin redefinirea granițelor și prin izolarea relațională nu a fost constrânsă fizic — dar nu a consimțit liber. Această lacună trebuie acoperită printr-o prevedere care recunoaște vulnerabilitatea structurală a pacientului și care stabilește că exploatarea relației terapeutice constituie prin ea însăși un element suficient pentru angajarea răspunderii penale, fără a fi necesară dovada constrângerii.

Modelul german (§174c StGB) și cel olandez (Art. 249 Sr) demonstrează că o astfel de prevedere este posibilă, funcțională și compatibilă cu principiile statului de drept. Ea nu pedepsește relațiile între adulți liberi — pedepsește exploatarea unei relații de

putere de către profesionistul care are obligația legală și etică de a proteja, nu de a exploata.

2.2 Consimțământul formal vs. consimțământul valid în legislațiile UE

Mai multe legislații europene recunosc că „consimțământul” formal (verbal sau comportamental) NU este suficient când există un dezechilibru structural de putere:

Germania (§174c StGB): Nu cere dovedirea lipsei de consimțământ sau a constrângerii. Elementul constitutiv este „exploatarea relației de tratament”, ceea ce creează o prezumție implicită că consimțământul pacientului aflat în tratament psihoterapeutic este viciat structural. Sursa: §174c alin. (2) StGB, disponibil pe gesetze-im-internet.de.

Olanda (Art. 249 Sr): Incriminează abuzul sexual comis de „persoană angajată în sectorul sănătății sau asistenței sociale” față de „persoană care i s-a încredințat ca pacient sau client”. Nu cere dovada constrângerii. Elementul central: „abuz sexual” în cadrul relației de îngrijire.

Suedia (Cap. 6 §3 BrB): Exploatarea „abuzivă” a poziției de dependență viciază voluntaritatea. Din 2018, în contextul legislației bazate pe consimțământ, un act sexual în care persoana nu participă voluntar constituie viol – iar dependența de terapeut poate fi factor care elimină voluntaritatea.

Franța (Art. 222-24 pct. 5 Code pénal): Violul este agravat când este comis de „persoană care abuzează de autoritatea pe care i-o conferă funcțiile”. Art. 222-22-1: în cazul minorilor, „constrângerea morală” sau „surpriza” pot rezulta din abuzul vulnerabilității victimei.

2.3 Prezumții legale și perioade cooling-off

Prezumții de incapacitate de consimțământ: În dreptul comparat, nu există în mod curent prezumții legale absolute de incapacitate de consimțământ în relația terapeutică cu adulți (spre deosebire de cele pentru minori). Totuși, §174c din StGB-ul german operează practic ca o prezumție relativă: nu cere dovada lipsei de consimțământ, ci doar a existenței relației de tratament și a exploatării acesteia.

Perioade post-terapie (cooling-off): Codurile etice profesionale prevăd perioade de interdicție post-terapie (ex: Danemarca – 2 ani; APA SUA – minim 2 ani cu prezumție de caracter abuziv; unele asociații recomandă interdicție permanentă). În plan legislativ, aceste perioade sunt rare, dar propuneri legislative recente în mai multe state discută introducerea lor. Argumentul: transferul și dependența emoțională nu dispar imediat la încetarea formală a terapiei.

2.4 Standarde internaționale

„Abuse of a position of trust” – concept utilizat în Convenția de la Istanbul (circumstanță agravantă prevăzută la Art. 46 lit. d), în Directiva UE 2011/93/UE (protecția copiilor) și în jurisprudența CEDO. Se referă la situații în care făptuitorul deține o poziție recunoscută de încredere, autoritate sau influență asupra victimei.

„Exploitation of vulnerability” – principiu recunoscut în Convenția de la Istanbul (Art. 36 coroborat cu Art. 46), în CEDAW (Recomandarea Generală nr. 19 și nr. 35),

în CRPD (Art. 16 – protecția împotriva exploatării persoanelor cu dizabilități), și în principiile Raportului Special ONU pentru dreptul la sănătate.

Obligația profesioniștilor de a evita relații duale: Standard universal în codurile etice ale psihologiei (ex: Meta-Code of Ethics EuroPsy; Cod deontologic APA; Cod deontologic al CPR). Principiul este: terapeutul NU trebuie să intre în relații duale (profesionale și personale/sexuale simultan) cu pacientul, deoarece aceasta compromiște obiectivitatea și creează risc de exploatare.

3. Fundamentare juridică europeană și internațională

3.1 CEDO / Convenția Europeană a Drepturilor Omului

Art. 3 CEDO (interzicerea torturii și tratamentelor inumane): CEDO a stabilit că abuzul sexual, inclusiv împotriva persoanelor vulnerabile, poate constitui un tratament inuman sau degradant. Statele au obligații pozitive de a adopta legislație penală eficientă și de a efectua anchete eficiente (X și Alții c. Bulgaria [GC], 2021, nr. 22457/16).

Art. 8 CEDO (dreptul la viața privată, inclusiv integritatea fizică și psihică): Curtea a subliniat că, în cazul actelor grave precum violul și abuzul sexual, statele trebuie să asigure existența unor prevederi penale eficiente (X și Y c. Olanda, 1985, §27; M.C. c. Bulgaria, 2003, §150; M.G.C. c. România, 2016, §74).

Jurisprudență CEDO relevantă

M.C. c. Bulgaria (2003, nr. 39272/98): Caz fundamental. Curtea a stabilit că statele au obligația pozitivă de a incrimina și investiga ORICE act sexual neconsensual, inclusiv în absența rezistenței fizice a victimei. Obligația derivă din Art. 3 și 8 CEDO. Curtea a recunoscut „tendința universală” de a considera lipsa consimțământului ca element esențial al violului.

I.C. c. România (2016, nr. 36934/08): Curtea a constatat încălcarea Art. 3 și 8, subliniind importanța evaluării tuturor circumstanțelor, inclusiv a vulnerabilității victimei.

L. și Alții c. Franța (2025): Caz recent și seminal. Curtea a mers mai departe decât M.C., concentrându-se pe vulnerabilitatea victimelor minore și pe necesitatea evaluării tuturor circumstanțelor. A recunoscut „victimizarea secundară” ca formă de discriminare și a condamnat stereotipurile sexiste în raționamentul judiciar.

X și Y c. Olanda (1985): Caz privind abuzul sexual al unei fete cu dizabilitate intelectuală. Curtea a stabilit că legislația penală trebuie să ofere „protecție practică și efectivă” persoanelor vulnerabile.

X și Alții c. Bulgaria [GC] (2021, nr. 22457/16): Copii instituționalizați, abuzați sexual în orfelinat. Curtea a subliniat „poziția deosebit de vulnerabilă” a persoanelor instituționalizate și obligația procedurală de anchetă eficientă.

3.2 Consiliul Europei / Convenții

Convenția de la Istanbul (CETS 210, în vigoare din 2014): Art. 36: obligă statele să incrimineze actele sexuale neconsensuale. Art. 46 lit. d): circumstanța agravantă

atunci când infracțiunea este comisă de o persoană care abuzează de o poziție recunoscută de încredere, de autoritate sau de influență asupra victimei. România a ratificat Convenția în 2016 (Legea nr. 30/2016).

Recomandarea Rec(2002)5 a Comitetului Miniștrilor: privind protecția femeilor împotriva violenței – solicită statelor să ia măsuri legislative și de altă natură pentru incriminarea eficientă a violenței sexuale.

3.3 ONU

CEDAW (1979) – Recomandarea Generală nr. 19 (1992) și nr. 35 (2017): Violența bazată pe gen, inclusiv violența sexuală, constituie discriminare. Statele trebuie să adopte măsuri preventive și punitive eficiente, inclusiv în serviciile de sănătate.

CRPD (2006), Art. 16: Obligă statele să ia măsuri legislative și administrative pentru a proteja persoanele cu dizabilități împotriva tuturor formelor de exploatare, violență și abuz, inclusiv în serviciile de sănătate.

CAT: Comitetul împotriva Torturii a recunoscut că abuzul sexual de către persoane aflate în poziții de putere poate constitui tortură sau tratament inuman.

3.4 UE

Directiva 2012/29/UE (protecția victimelor): Stabilesc standarde minime privind drepturile, sprijinul și protecția victimelor, inclusiv evaluarea nevoilor speciale de protecție.

Directiva 2011/93/UE (combaterea abuzului sexual al copiilor): Prevede incriminarea abuzului sexual al minorilor în contexte de încredere/autoritate și interdicția activităților profesionale.

Propunerea de Directivă UE privind combaterea violenței împotriva femeilor (COM/2022/105): Propune armonizarea definițiilor infracțiunilor sexuale și recunoașterea abuzului de poziție.

4. Hartă comparată UE – 27 state membre

4.1 Tabel comparativ

Notă metodologică: Informațiile sunt compilate din codurile penale naționale (surse oficiale), rapoarte ale organizațiilor profesionale, rapoarte GREVIO și surse academice. Acolo unde verificarea directă nu a fost posibilă, s-a marcat „NECONFIRMAT”.

| Țara | Penal explicit? | Prevedere penală (act, articol, pedeapsă) | Cadru general aplicabil? | Regim disciplinar | Note |
|-----------------|-----------------|--|---|---|---|
| Germania | DA | §174c StGB – Abuz sexual exploatând relația de consiliere, tratament sau asistență. Alin. (2): specific psihoterapie. Pedeapsă: 3 luni – 5 ani închisoare. | DA – §174a (pacienți instituționalizați), §177 (agresiune sexuală generală) | Psychotherapeutenkammer; Berufsordnung interzice relații sexuale cu pacienții; sancțiuni: retragere licență, interdicție. | Model de referință în UE. §174c alin.(2) este singura prevedere din UE dedicată EXPLICIT psihoterapiei. |
| Olanda | DA | Art. 249 Cod penal (Wetboek van Strafrecht) – Abuz | DA – Art. 249 pct. 1 (funcționar), pct. 2 (director, medic în instituție) | NIP (Nederlands Instituut van Psychologen); Cod | Din 01.07.2024, nouă lege privind infracțiunile |

| | | | | | |
|------------------|---------------|--|---|---|--|
| | | sexual de către persoană din sănătate/asistență socială față de pacient/client. Pedepsă: max. 6 ani. | | etic; sancțiuni disciplinare. | sexuale – consimțământ bazat. |
| Suedia | DA (implicit) | Cap. 6 §3 Codul penal – Exploatare sexuală a persoanei în poziție de dependentă. Max. 2 ani (formă simplă), 4 ani (formă gravă). Din 2018, viol = sex fără consimțământ. | DA – Cap. 6 §1 include exploatarea vulnerabilității, inclusiv dependența | Socialstyrelsen supraveghează profesioniștii în sănătate; Psykologförbundet; interdicție relații duale. | Legislație bazată pe consimțământ din 2018. Poziția de dependentă = factor care viciază voluntariatatea. |
| Austria | DA (implicit) | §205a StGB – Violare a autoret. sexuale (în anumite condiții); §212 StGB – Abuz poziție de autoritate. Secțiunile 10-13 Cap. 13: protecție persoane instituționalizate. | DA – §212 (persoane dependente/instituționalizate) | Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie; reglementări stricte. | Secț. 174a din StGB german nu are echivalent exact, dar §212 austriac acoperă relații asimetrice. |
| Franța | DA (implicit) | Art. 222-22 – 222-31 Code pénal: Agresiune sexuală/viol; Art. 222-24 pct. 5: circumstanță agravantă când autorul abuzează de autoritatea funcției. 20 ani recluziune. | DA – agravantă „abus de autoritate din funcție” (222-24 pct. 5); „abus vulnerabilitate” | Cod deontologic al psihologilor; ARS (Agenții Regionale de Sănătate) supraveghează titlul de psihoterapeut. | Titlul de psihoterapeut protejat din 2011. Circumstanța agravantă „abus de autoritate” aplicabilă terap. |
| Belgia | DA (implicit) | Art. 375 și urm. Code pénal: viol bazat pe lipsa consimțământului; Agravantă: poziție de autoritate (art. 376-377). | DA – agravantă „autoritate asupra victimei” | Commission des Psychologues de Belgique; cod deontologic cu interdicție relații sexuale. | Reformă 2022 – model bazat pe consimțământ. Autoritatea profesională = factor agravant. |
| Danemarca | DA (implicit) | §218-228 Straffeloven: §219 – raport sexual cu pers. în îngrijire instituțională/psihiatrică. §223 – exploatare poziție superioară. Max. 4 ani. | DA – §219 (pacienți psihiatrici), §223 (dependență) | Dansk Psykolog Forening; interdicție relații cu pacienții actuali și foști (2 ani). | §219: specific pacienți psihiatrici, inclusiv ambulatoriu. Cooling-off: 2 ani. |
| Finlanda | DA (implicit) | Cap. 20 §5 Codul penal: abuz sexual – include exploatarea poziției de autoritate sau dependență. Lege consimțământ din 2023. | DA – poziție autoritate/dependență | Valvira (autoritate supraveghere); interdicție profesională. | Reformă 2023: lipsa consimțământului = element central. |
| Irlanda | NU explicit | Criminal Law (Sexual Offences) Act 2017 – nu conține prevedere specifică terapeut-pacient. | DA – „abuse of position of trust” (general); agravantă judiciară. | Psychological Society of Ireland; IACP cod etic; interdicție relații duale. | Predominant disciplinar. Lacună penală pentru adulți. |
| Spania | DA (implicit) | Art. 181-183 Cod penal: agresiune sexuală; art. 181.4: agravantă „situație de superioritate manifestă”. Reformă 2022 (Ley del solo sí es sí). | DA – „superioritate manifestă” acoperă relația terapeut-pacient | Colegio Oficial de Psicología; cod deontologic. | Ley Orgánica 10/2022: consimțământ explicit. Autoritate profesională = factor. |
| Italia | DA (implicit) | Art. 609-bis Cod penal: violență sexuală; art. 609-ter: agravantă | DA – agravantă „încredințare, îngrijire, educație” | Ordine degli Psicologi; cod deontologic; | Art. 609-ter pct. 2: circum. |

| | | când fapta e comisă de „persoană încredințată cu îngrijirea”. | | interdicție relații sexuale cu pacienții. | agravantă specifică. |
|-------------------|---------------|---|--|---|--|
| Portugalia | DA (implicit) | Art. 163-165 Cod penal: coacție sexuală, viol; art. 165: abuz poziție; art. 166: abuz persoană incapabilă. | DA – art. 165 „abuz de poziție”/dependență | Ordem dos Psicólogos Portugueses; cod deontologic. | Art. 165: specific „abuz de funcție sau loc”. |
| Grecia | DA (implicit) | Art. 336-353 Cod penal: infracțiuni sexuale; art. 343: abuz sexual de către persoană în poziție de autoritate asupra victimei. | DA – art. 343 StGB | Asociația Psihologilor din Grecia; reglementări disciplinare. | Art. 343: include „persoane încredințate pentru îngrijire sau tratament”. |
| Polonia | NU explicit | Art. 197-200 Cod penal: viol/constrângere sexuală. Art. 199: abuz dependență. Max. 3 ani. | DA – art. 199 „abuz dependență sau poziție critică” | Polskie Towarzystwo Psychologiczne; reglementări etice. | Art. 199: „abuz de relație de dependență” – aplicabil terap. |
| Cehia | DA (implicit) | §187 Cod penal: abuz sexual exploatând dependența; §186: viol. | DA – §187 „dependență (vârstă, boală, handicap)” | Asociația Psihologilor; cod etic. | Dependența pacientului = element constitutiv. |
| Ungaria | DA (implicit) | §197 Cod penal: constrângere sexuală; §198: violență sexuală – include exploatarea vulnerabilității. | DA – exploatare vulnerabilitate | Magyar Pszichológiai Társaság; reglementări etice. | |
| Luxemburg | DA (implicit) | Art. 372-378 Cod penal: agresiuni sexuale; agravantă: poziție de autoritate. Lege 2023: consimțământ. | DA – agravantă autoritate | Cod deontologic al psihologilor. | Reformă 7 aug. 2023 – consimțământ bazat. |
| Croația | DA (implicit) | Art. 153-155 Cod penal: raport sexual fără consimțământ; agravantă: poziție de autoritate, vulnerabilitate. | DA – agravantă poziție autoritate | Hrvatska Psihološka Komora; cod deontologic. | |
| Slovenia | DA (implicit) | Art. 170-174 Cod penal: viol, agresiune sexuală; art. 174: abuz poziție. | DA – art. 174 „abuz poziție” | Slovensko Združenje Za Psihoterapijo; reglementări. | |
| Slovacia | DA (implicit) | §199-201 Cod penal: abuz sexual; §200: exploatare dependență. | DA – §200 „exploatare dependență” | Slovenská komora psychologov; cod deontologic. | |
| Bulgaria | NU explicit | Art. 149-159 Cod penal: violență sexuală generală. Agravantă: vulnerabilitate. | DA – agravantă generală (victimă în stare de neaH. a se apăra) | Reglementări disciplinare limitate. | Jurisprudență CEDO: M.C. c. Bulgaria (2003). |
| România | NU explicit | Art. 218-223 Cod penal: viol, agresiune sexuală. Art. 219 alin. 2 lit. a): agravantă „victimă în tratamentul făptuitorului”. Art. 299: folosire abuzivă funcție în scop sexual. | DA – art. 219 alin. 2 lit. a) și art. 299 Cod penal | Colegiul Psihologilor din România (CPR); Cod deontologic; Comisia de Deontologie și Disciplină. | LACUNĂ: Nu există infracțiune specifică terapeut-pacient. Art. 219 presupune constrângere. Art. 299: doar funcționari publici. |

| | | | | | |
|-----------------|---------------|--|---|--|---|
| Estonia | NU explicit | §141-145 Cod penal: viol/constrângere sexuală generală. | DA – exploatare vulnerabilitate | Reglementări disciplinare profesionale. | |
| Letonia | NU explicit | Art. 159-162 Cod penal: violență sexuală generală. | DA – agravantă generală (victimă dependentă) | Latvijas Psihologu Biedrība; cod etic. | |
| Lituania | DA (implicit) | Art. 149-153 Cod penal: exploatare sexuală; include abuz poziție de autoritate. | DA – art. 151 ¹ : poziție autoritate | Lietuvos psichologų sąjunga; cod deontologic. | |
| Malta | DA (implicit) | Art. 198-208 Cod penal: viol și agresiune sexuală; agravantă: poziție de încredere/autoritate. | DA – agravantă „position of trust” | Malta Union of Professional Psychologists; reglementări. | |
| Cipru | NU explicit | Art. 144-158 Cod penal: infracțiuni sexuale generale. | Parțial – agravantă generală | Cyprus Psychologists Association; cod etic. | NECONFIRMAT – necesită verificare suplimentară. |

4.2 Grupare pe categorii

Categoria 1: Incriminare penală explicită (terapeut-pacient)

Germania (§174c StGB) și Olanda (Art. 249 Sr) sunt singurele state UE care au prevederi penale EXPLICITE vizând relația profesionist în sănătate/psihoterapie – pacient. Germania se distinge prin alin. (2) al §174c, dedicat specific psihoterapiei.

Categoria 2: Incriminare penală implicită (cadru general aplicabil)

Majoritatea statelor UE: Suedia, Austria, Franța, Belgia, Danemarca, Finlanda, Spania, Italia, Portugalia, Grecia, Polonia, Cehia, Ungaria, Luxemburg, Croația, Slovenia, Slovacia, Lituania, Malta. Acestea sancționează abuzul sexual prin prevederi generale privind „abuzul de poziție de autoritate”, „exploatarea dependenței”, „exploatarea vulnerabilității” sau „circumstanță agravantă – victimă în îngrijirea/tratamentul făptuitorului”.

Categoria 3: Predominant disciplinar (fără cadru penal specific)

România, Irlanda, Bulgaria, Estonia, Letonia, Cipru – nu au prevederi penale specifice relației terapeut-pacient și nici cadru general clar aplicabil. Sancționarea depinde predominant de mecanismele disciplinare ale organismelor profesionale și de calificările generice din Codul penal (constrângere, punere în imposibilitate de a se apăra).

Patternuri identificate

Praguri de vulnerabilitate: Germania, Olanda și Danemarca au cele mai dezvoltate definiții ale vulnerabilității în context terapeutic. Perioade post-terapie (cooling-off): rare în legislația penală UE; prezente mai ales în codurile etice (Danemarca: 2 ani; unele organisme în Germania: 1 an; APA SUA: 2 ani). Tendință europeană: trecerea de la modele bazate pe constrângere la modele bazate pe consimțământ (Suedia 2018, Belgia 2022, Spania 2022, Olanda 2024, Finlanda 2023), ceea ce facilitează incriminarea abuzului în relații asimetrice.

5. Context public – Cazurile Cristian Andrei și Ion Duvac

Prezenta secțiune se bazează exclusiv pe surse verificabile (articole de presă credibile, comunicate oficiale). Se utilizează formulări de tip „potrivit relatarilor” și se marchează clar ce este fapt confirmat instituțional vs. acuzație.

5.1 Cazul dr. Cristian Andrei

Potrivit unei investigații publicate de PressOne în noiembrie 2025, dr. Cristian Andrei, medic psihiatru mediatizat ca psihoterapeut, a desfășurat activități de psihoterapie timp de peste 20 de ani fără atestat de liberă practică emis de Colegiul Psihologilor. Sursa: PressOne, „Exclusiv. Peste 20 de ani de impostură [...]”.

La 28 ianuarie 2026, Poliția Capitalei a efectuat percheziții la domiciliul și cabinetul său, în baza unui dosar privind infracțiuni de viol, agresiune sexuală și înșelăciune. Potrivit Serviciului Investigații Criminale Sector 1, anchetatorii au identificat cinci persoane vătămate și martori. Sursa: Digi24, 28.01.2026; Stirile ProTV, 28.01.2026.

Acuzațiile includ: exercitarea fără drept a activității de psiholog (2004-2025); inducerea în eroare a trei persoane vătămate privind calitatea de psiholog; acte de agresiune sexuală comise „profitând de starea de vulnerabilitate și dependență emoțională generată de relația terapeutică”. Cristian Andrei a fost cercetat în libertate. El neagă acuzațiile.

5.2 Cazul psihologului Ion Duvac

La 24 februarie 2026, PressOne a publicat o investigație privind comportamentul psihologului Ion Duvac, doctor în psihologie și membru al Comisiei de Deontologie și Disciplină a Colegiului Psihologilor din România. Înregistrări ale ședințelor de terapie relevă solicitări de fotografii cu părți intime și întrebări sexuale explicite din primele minute ale ședinței. Sursa: PressOne; HotNews, 24.02.2026; Europa Liberă, 24.02.2026.

Poliția Capitalei s-a autosesizat din oficiu. Comisia de Deontologie și Disciplină a CPR s-a autosesizat. Duvac a demisionat din conducerea CPR la 28 februarie 2026, invocând „protejarea credibilității instituției”. Sursa: HotNews, 28.02.2026; Ziare.com, 26.02.2026.

5.3 Gap-ul normativ identificat

Aceste cazuri evidențiază un gap normativ semnificativ: în România, abuzul sexual al pacientului de către terapeut nu are o incriminare penală specifică. Anchetatorii sunt nevoiți să se bazeze pe art. 218-219 Cod penal (viol/agresiune sexuală), care cer dovedirea constrângerii sau a imposibilității de a se apăra – greu de probat când victima a „consimțit” aparent, sub influența dependenței emoționale și a transferului terapeutic. Sancțiunea disciplinară (retragerea atestatului de către CPR) nu oferă reparație victimelor și nu are efect descurajant suficient, mai ales când făptuitorul nici nu deține atestat (cazul Cristian Andrei).

5. România – analiză de arhitectură legislativă și recomandări

5.1 Acte normative relevante

Codul penal (Legea 286/2009): Art. 218 (viol), Art. 219 (agresiune sexuală) – cer constrângere sau imposibilitate de apărare. Art. 219 alin. 2 lit. a): agravantă când „victima se află în tratamentul făptuitorului” – dar tot presupune constrângere la forma de bază. Art. 299: folosire abuzivă a funcției în scop sexual – aplicabil doar funcționarilor publici. Art. 218¹ și 219¹ (forme noi, Legea 217/2023): protecție sporită a minorilor, inclusiv „abuz de poziție recunoscută de încredere sau autoritate”.

Legea 213/2004 (profesia de psiholog): Reglementează exercitarea profesiei, Colegiul Psihologilor, atestarea. Codul deontologic interzice relațiile sexuale cu pacienții, dar sancțiunile sunt disciplinare (avertisment, suspendare, retragere atestat).

Legea 487/2002 (sănătate mintală): Drepturile pacienților psihiatrici. Nu conține prevederi specifice privind abuzul sexual de către terapeut.

5.2 Recomandare:

Analiza comparată și fundamentarea europeană susțin o abordare duală:

Amendament în Codul penal

Pro: efect descurajant sustenabil; protecție egală indiferent de statutul profesional; aliniere la modelul german (§174c); conformitate cu obligațiile CEDO și Istanbul; răspuns la lacuna privind „consimțământul viciat”. Necesită definire precisă a subiecților și relației.

Amendament în legea profesiei

- flexibilitate; rapiditate de adoptare; competența CPR în materie.
- efect limitat la deținătorii de atestat (ineficient când făptuitorul practică fără atestat); nu oferă protecție penală victimei; nu acoperă alți profesioniști (psihiatri, consilieri nereglementați).

RECOMANDARE: Adoptarea SIMULTANĂ a ambelor variante – amendament penal (articol nou în Codul penal, după art. 219¹ sau ca art. 219²) + întărirea mecanismelor disciplinare în Legea 213/2004 și introducerea obligației de raportare.

6. Draft legislativ

6.1 Amendament Cod penal

Se propune introducerea art. 219² în Codul penal:

Art. 219² – Abuzul sexual în cadrul relației de îngrijire psihologică sau psihoterapeutică

(1) Fapta persoanei care, în calitate de psiholog, psihoterapeut, consilier psihologic, psihiatru sau alt profesionist care exercită activități de natură psihologică ori psihoterapeutică, săvârșește un act de natură sexuală, un raport sexual, un act sexual oral sau anal ori orice alte acte de penetrare vaginală sau anală asupra unei persoane căreia îi furnizează sau i-a furnizat servicii de consiliere, evaluare, tratament sau psihoterapie, exploitănd relația de îngrijire, dependența psihologică sau influența profesională decurgând din această relație, se pedepsește cu închisoarea de la 2 la 7 ani și interzicerea exercitării unor drepturi.

(2) Consimțământul persoanei prevăzute la alin. (1) nu înlătură caracterul infracțional al faptei când aceasta este săvârșită în timpul relației terapeutice sau în intervalul de 2 ani de la încetarea acesteia, dacă făptuitorul a exploatat dependența psihologică, transferul terapeutic sau vulnerabilitatea structurală generată de relația de îngrijire.

(3) Pedepsa este închisoarea de la 3 la 10 ani și interzicerea exercitării unor drepturi dacă:

- a) victima este minoră;
- b) victima suferă de o tulburare psihică, dizabilitate intelectuală sau se află într-o situație de criză (ideație suicidară, dependență de substanțe, traumă recentă);
- c) făptuitorul a exercitat activitățile fără drept, fără atestat de liberă practică sau fără calificare profesională recunoscută;
- d) fapta a fost săvârșită asupra a două sau mai multor persoane.

(4) Tentativa se pedepsește.

(5) Acțiunea penală se pune în mișcare din oficiu.

6.2 Amendament Legea 213/2004

Se propune completarea Legii 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu atestat de liberă practică, după cum urmează:

Art. XX¹ – Interdicția relațiilor sexuale în cadrul relației profesionale

(1) Este interzisă orice relație sexuală sau act de natură sexuală între psihologul cu drept de liberă practică și persoana căreia îi furnizează servicii psihologice, pe durata relației profesionale și timp de 2 ani de la încetarea acestora.

(2) Încălcarea interdicției prevăzute la alin. (1) constituie abatere disciplinară gravă și se sancționează cu:

a) suspendarea dreptului de liberă practică pe o perioadă de la 1 la 5 ani;

b) retragerea definitivă a atestatului de liberă practică, în cazuri de gravitate deosebită sau de recidivă.

(3) În situația în care fapta prevăzută la alin. (1) întrunește elementele constitutive ale unei infracțiuni, Colegiul Psihologilor din România are obligația de a sesiza organele de urmărire penală în termen de 30 de zile de la data la care a luat cunoștință de faptă.

(4) Obligația de raportare prevăzută la alin. (3) revine oricărui membru al Colegiului care ia cunoștință de fapta prevăzută la alin. (1), cu respectarea confidențialității datelor cu caracter personal.

(5) Nerespectarea obligației de raportare prevăzute la alin. (3) constituie abatere disciplinară.

6.3 Note de corelare și armonizare

1. Terminologie: Noțiunea de „act de natură sexuală” din art. 219² propus corespunde celei utilizate în art. 218-219 Cod penal în vigoare.

2. Raport cu art. 218-219 Cod penal: Art. 219² propus se aplică și în absența constrângerii, când exploatarea relației terapeutice este elementul constitutiv. În caz de constrângere efectivă, se aplică art. 218 sau 219 cu agravanta de la alin. (2) lit. a).

3. Raport cu art. 299 Cod penal: Art. 219² acoperă situații în care făptuitorul NU este funcționar public, ci profesionist în regim liberal sau privat.

4. Raport cu Legea 213/2004: Amendamentul din Varianta B se completează reciproc cu cel penal. Sancțiunea disciplinară se aplică și când fapta nu întrunește elementele infracțiunii (ex: relație consensuală în perioada cooling-off).

5. Competențe instituționale: Parchetul și instanțele judecătorești pentru infracțiunea penală; COPSI pentru sancțiunile disciplinare; obligație de raportare de la COPSI către Parchet.

7. Mijloace de probă pentru susținerea exploatarei dependenței psihologice, transferului terapeutic și vulnerabilității structurale

1. De ce este necesară această analiză probatorie

Amendamentul propus la art. 219² introduce un element constitutiv nou în dreptul penal român: exploatarea relației terapeutice ca substitut al constrângerii clasice. Acest element trebuie să poată fi dovedit în fața instanței cu mijloace de probă concrete, fiabile și accesibile organelor de urmărire penală. În absența unei discuții clare despre probatoriu, amendamentul riscă să rămână inaplicabil.

Vestea bună este că, spre deosebire de constrângerea fizică (care lasă urme corporale) sau de amenințare (care presupune martori sau înregistrări), exploatarea relației terapeutice lasă urme documentare, comportamentale și testimoniale abundente — tocmai pentru că relația terapeutică este, prin natura ei, o relație structurată, documentată și supusă unor norme profesionale verificabile.

2. Categoriile de probe și exemple concrete

2.1 Documentația terapeutică (fișa pacientului, notele clinice, planul de tratament)

Orice terapeut are obligația profesională de a ține o evidență a ședințelor de terapie: diagnosticul sau motivul prezentării, obiectivele terapeutice, evoluția, notele de ședință. Această documentație constituie o probă esențială în mai multe privințe:

Dovedirea existenței relației terapeutice și a duratei acesteia — stabilirea calității de pacient actual sau fost pacient. Fișa terapeutică dovedește că persoana vătămată era în tratament, pe ce perioadă, pentru ce problemă. Este fundația întregului dosar: fără relație terapeutică, nu există infracțiunea specială.

Dovedirea vulnerabilității preexistente — diagnosticul sau motivul prezentării (depresie, anxietate, PTSD, tulburare de personalitate, doliu, dependență) demonstrează că persoana vătămată se afla într-o stare de vulnerabilitate psihică la momentul intrării în terapie și pe parcursul acesteia. Un pacient care vine la terapie pentru PTSD după un abuz sexual din copilărie are un profil de vulnerabilitate documentat clinic — ceea ce întărește teza că terapeutul cunoștea exact această vulnerabilitate și a exploatat-o.

Dovedirea dependenței terapeutice prin frecvența și intensitatea ședințelor — dacă notele clinice arată o creștere a frecvenței ședințelor (de la o dată pe săptămână la de două-trei ori, sau introducerea de contacte telefonice/mesaje între ședințe), aceasta constituie un indicator obiectiv al escaladării dependenței. Un terapeut care respectă normele profesionale reduce treptat frecvența ședințelor pe măsură ce pacientul progresează. Un terapeut care o crește, în special în jurul perioadei în care relația devine sexualizată, oferă o probă circumstanțială puternică de exploatare.

Absența documentației — paradoxal, lipsa fișei terapeutice sau distrugerea acesteia constituie ea însăși o probă relevantă. Un terapeut care nu păstrează evidențe clinice fie a încălcat normele profesionale (ceea ce susține teza lipsei de bună-credință), fie a distrus documentele (ceea ce poate fi interpretat ca tentativă de acoperire). Colegiul Psihologilor din România impune obligația de documentare prin Codul deontologic și prin normele de supervizare.

Cum se obține: percheziție la cabinetul terapeutului; solicitare de la Colegiul Psihologilor sau de la unitatea sanitară unde terapeutul este angajat; copii de pe dosarul medical dacă terapeutul este și medic psihiatru.

2.2 Comunicările electronice dintre terapeut și pacient

Mesajele text (SMS, WhatsApp, Signal, Telegram), emailurile, mesajele pe rețele sociale și apelurile telefonice constituie, în cazurile de abuz terapeutic, una dintre cele mai valoroase categorii de probe, din mai multe motive:

Dovedirea depășirii cadrului profesional — normele deontologice impun ca relația terapeut-pacient să se desfășoare în cadrul ședințelor programate, într-un spațiu profesional. Orice comunicare în afara acestui cadru — mesaje personale seara, conversații telefonice intime, întâlniri „informale” — constituie o dovadă obiectivă a depășirii granițelor profesionale (boundary violation). Cu cât comunicările sunt mai frecvente, mai personale și mai intime, cu atât proba este mai puternică.

Dovedirea progresiei de la relația profesională la cea sexuală — comunicările electronice surprind de regulă întregul arc al manipulării: de la mesaje aparent profesionale, la complimente personale, la confidențe ale terapeutului despre propria viață (ruperea asimetriei profesionale), la mesaje cu conținut sexual explicit. Această progresie documentează exact mecanismul de „pantă alunecoasă” (slippery slope) descris de Simon (1995) — nu un act izolat, ci un proces sistematic de erodare a granițelor.

Dovedirea controlului exercitat de terapeut — mesajele pot conține instrucțiuni date de terapeut pacientului privind comportamentul în afara ședințelor: „Nu mai vorbi despre asta cu prietena ta”, „Doar noi doi înțelegem ce se întâmplă”, „Nu ai nevoie de altcineva”, „Ce ți-am spus rămâne între noi”. Aceste formulări dovedesc izolarea relațională și secretizarea — indicatori clasici ai controlului coercitiv.

Dovedirea manipulării prin cunoștințe profesionale — mesaje în care terapeutul reinterpretează rezistența pacientului ca „mecanism de apărare” sau în care sugerează că relația sexuală este „parte din vindecare” dovedesc utilizarea deliberată a autorității profesionale și a limbajului clinic în scopul exploatării.

Cum se obține: extragerea datelor de pe telefonul/computerul persoanei vătămate (cu acordul acesteia); percheziție informatică la terapeut; solicitare de la operatorii de telecomunicații sau de la furnizorii de servicii (cu autorizație judiciară).

2.3 Înregistrări audio sau video ale ședințelor de terapie

Unii pacienți înregistrează ședințele de terapie — fie cu acordul terapeutului, fie fără. Alți pacienți înregistrează conversații ulterioare în care terapeutul face referire la relația sexuală. Aceste înregistrări pot constitui:

Probă directă a comportamentului abuziv din cadrul ședinței — întrebări cu caracter sexual nejustificat clinic, comentarii despre corpul pacientului, propuneri de contact fizic prezentat ca „exercițiu terapeutic”, solicitarea de fotografii intime. Cazul psihologului Ion Duvac din România (februarie 2026) ilustrează exact această situație: o înregistrare integrală a unei ședințe, obținută de PressOne, a documentat solicitarea de fotografii cu organele genitale ale pacientei, prezentată ca „evaluare”.

Probă a modului în care terapeutul folosește limbajul profesional pentru a justifica transgresiunile — de exemplu, formulări de tipul „e important să depășești această

rezistență", „corpul tău îți spune ceva, trebuie să-l asculți", „asta face parte din procesul nostru" — care dovedesc utilizarea deliberată a autorității clinice.

Notă privind admisibilitatea: în dreptul procesual penal român, înregistrările realizate de una dintre părțile la conversație pot fi admise ca probe în anumite condiții (cf. jurisprudența ÎCCJ și deciziile Curții Constituționale privind art. 139 Cod procedură penală). Organele de urmărire penală pot, de asemenea, autoriza înregistrări în cadrul anchetei.

2.4 Declarațiile persoanei vătămate și expertiza psihologică

Declarația persoanei vătămate — deși este subiectivă prin natura ei, declarația persoanei vătămate are o valoare probatorie deosebită când descrie mecanismele specifice ale abuzului terapeutic: progresia treptată a transgresiunilor, reinterpretarea disconfortului ca „rezistență", sentimentul de confuzie și de „realitate alterată", dependența emoțională, incapacitatea de a recunoaște abuzul pe durata relației și recunoașterea ulterioară. Aceste elemente corespund exact patternurilor descrise în literatura științifică (Pope, 1994; Gabbard & Lester, 1995) și constituie un indicator de credibilitate.

Expertiza psihologică judiciară asupra persoanei vătămate — un expert psiholog poate evalua și documenta: existența și gradul dependenței emoționale; prezența simptomelor de traumă de trădare (betrayal trauma); mecanismele de atașament dezorganizat activate în relația cu terapeutul; capacitatea de discernământ a persoanei vătămate la momentul faptei vs. la momentul evaluării; consistența relatării cu patternul documentat al abuzului terapeutic. Expertiza poate utiliza instrumente psihodiagnostice validate (de exemplu, Therapist Exploitation Scale, dezvoltată de Pope, 1994; Trauma Symptom Inventory, Briere, 1995).

Expertiza psihologică privind comportamentul terapeutului — un expert poate analiza comportamentul terapeutului raportat la standardele profesionale și poate identifica: deplasarea sistematică a granițelor; utilizarea tehnicilor terapeutice în scop de manipulare; absența supervizării sau ignorarea recomandărilor de supervizare; patternul comportamental (dacă există mai multe victime, ceea ce indică un modus operandi, nu o „relație reciprocă").

Cum se obține: audierea persoanei vătămate de către organele de urmărire penală; numirea unui expert psiholog judiciar de către instanță sau procuror; solicitarea unei evaluări de către un specialist în psihotraumatologie.

2.5 Declarațiile martorilor — persoane din anturajul pacientului

Membrii familiei, prietenii și colegii pacientului pot oferi probe circumstanțiale esențiale privind:

Modificarea comportamentului pacientului pe parcursul terapiei — izolarea progresivă de familie și prieteni, schimbarea bruscă a valorilor și priorităților, devotament exclusiv față de terapeut, reacții defensive atunci când este chestionat despre relația cu terapeutul. Aceste modificări corespund exact schimbării cadrului de referință descrise în secțiunea 2.2.

Momentul și modul în care pacientul a realizat abuzul — de regulă, pacienții recunosc abuzul doar după ce o persoană din exterior le oferă un cadru de referință alternativ. Mărturia persoanei care a declanșat această conștientizare este probatorie: „Când i-am spus că nu este normal ca terapeutul să facă asta, a reacționat cu șoc / a început

să plângă / mi-a spus că și ea simțea că ceva nu e în regulă dar credea că e parte din terapie."

Decizii luate sub influența terapeutului — membri ai familiei pot confirma că pacientul a luat decizii necaracteristice (divorț, ruperea relațiilor familiale, transferuri financiare, renunțarea la un loc de muncă) în perioada în care se afla sub influența terapeutului și că aceste decizii au fost justificate de pacient prin referire la „ce mi-a spus terapeutul” sau „ce am descoperit în terapie”.

2.6 Declarațiile altor victime (probele de sistem — patternul comportamental)

Dacă terapeutul a avut relații sexuale cu mai mulți pacienți, acest lucru constituie o probă deosebit de puternică împotriva argumentului „relație reciprocă” sau „accident emoțional”. Existența unui pattern comportamental (modus operandi) demonstrează: premeditarea și sistematicitatea; utilizarea aceluiași mecanism de manipulare cu mai mulți pacienți; faptul că nu este vorba despre o „relație specială”, ci despre o practică deliberată.

Această categorie de probe este frecvent disponibilă. Studiile lui Schoener et al. (1989) au arătat că terapeuții care abuzează un pacient abuzează, de regulă, mai mulți pacienți de-a lungul carierei. Anchetatorii trebuie să investigheze sistematic existența altor victime.

Cum se obține: apel public (cum s-a întâmplat în cazul Cristian Andrei, unde apariția publică a primelor acuzații a determinat alte victime să se prezinte); verificarea dosarelor disciplinare la Colegiul Psihologilor; audierea colegilor și foștilor angajați ai terapeutului.

2.7 Documentele Colegiului Psihologilor (dosare disciplinare, rapoarte de supervizare)

Atestatul de liberă practică — existența sau inexistența acestuia dovedește dacă terapeutul avea dreptul legal de a practica. În cazul Cristian Andrei (2026), absența atestatului a fost ea însăși o probă esențială.

Dosarele disciplinare anterioare — dacă terapeutul a mai fost sancționat sau investigat pentru abateri deontologice legate de granițe profesionale, aceasta constituie o probă a cunoașterii riscului și a perseverenței infracționale.

Rapoartele de supervizare — dacă terapeutul a discutat în supervizare despre atracția față de un pacient și a fost sfătuit să întrerupă terapia sau să reorienteze pacientul, dar a ignorat recomandarea, aceasta dovedește direct conștiința și decizia deliberată.

Cum se obține: solicitare de la Colegiul Psihologilor din România (cu autorizație judiciară dacă este necesar); solicitare de la supervisorul terapeutului; percheziție la sediul cabinetului sau al instituției unde terapeutul activează.

2.8 Probele financiare

Dovezile plății ședințelor de terapie (facturi, bonuri, transferuri bancare, extrase de cont) stabilesc: existența și durata relației terapeutice; frecvența ședințelor și eventualele modificări ale acesteia; continuarea plăților și după ce relația a devenit sexuală (ceea ce dovedește că terapeutul a menținut cadrul profesional formal — „terapie” — în paralel cu exploatarea sexuală). Dacă pacientul a efectuat transferuri financiare suplimentare către terapeut (cadouri, împrumuturi, investiții comune), acestea dovedesc extinderea exploatarei dincolo de sfera sexuală.

3. Structura probatorie recomandată pentru dosarul penal

Pentru a dovedi elementele constitutive ale infracțiunii propuse la art. 219², organele de urmărire penală ar trebui să urmărească o structură probatorie în patru straturi:

Nivelul 1 — Existența relației terapeutice: fișa terapeutică, dovezi de plată, înscrierea în registrul de pacienți, declarațiile părinților. Este cel mai ușor de dovedit.

Nivelul 2 — Existența actului sexual: declarația persoanei vătămate, comunicări electronice cu conținut sexual, înregistrări, declarații ale martorilor (persoane cărora victima le-a relatat), eventuale probe biologice sau fotografice.

Nivelul 3 — Exploatarea relației (elementul specific): Aici se concentrează dificultatea și noutatea probatorie. Trebuie dovedit nu doar actul sexual, ci faptul că acesta s-a produs prin exploatarea dependenței, transferului sau vulnerabilității. **Probe relevante sunt:** comunicările care arată deplasarea granițelor; frecvența crescută a ședințelor; izolarea pacientului de rețeaua socială; utilizarea limbajului clinic pentru justificarea contactului sexual; existența altor victime (pattern); expertiza psihologică asupra dinamicii relaționale; rapoartele de supervizare ignorate.

Nivelul 4 — Conștiința făptuitorului (elementul subiectiv — intenția): dovedirea faptului că terapeutul cunoștea vulnerabilitatea pacientului și normele profesionale. Probele relevante sunt: diploma și formarea profesională a terapeutului (care atestă cunoașterea transferului, a granițelor și a interdicțiilor etice); atestatul de liberă practică sau absența acestuia; dosarele disciplinare; declarațiile supervisorului; existența mai multor victime. **Formarea profesională în sine constituie o probă a cunoașterii: este echivalentul probatoriu al faptului că un conducător auto cunoaște regulile de circulație în virtutea obținerii permisului.**

4. Notă privind standardul probatoriu și proporționalitatea

Amendamentul propus nu elimină cerința probatorie - o deplasează de la dovedirea constrângerii la dovedirea exploatării relației. Aceasta nu este o reducere a standardului probatoriu, ci o adaptare la realitatea psihologică a abuzului terapeutic: **constrângerea nu este fizică, ci relațională; ea nu lasă vânătași, ci lasă urme documentare, comportamentale și testimoniale.**

Modelul german (§174c StGB) funcționează pe același principiu: nu cere dovada lipsei de consimțământ, ci dovada existenței relației de tratament și a exploatării acesteia. Jurisprudența germană a demonstrat în peste trei decenii de aplicare că acest standard este suficient pentru condamnări juste, fără a genera abuzuri procesuale sau condamnări arbitrare (cf. Fischer, 2023, *Strafgesetzbuch mit Nebengesetzen*, comentariu la §174c, ed. 70, C.H. Beck).

Probele documentare și circumstanțiale descrise mai sus sunt, de regulă, mai abundente și mai verificabile decât probele clasice ale constrângerii (care de multe ori se rezumă la „cuvântul victimei contra cuvântul acuzatului”). Exploatarea terapeutică lasă, paradoxal, mai multe urme decât violul prin constrângere — tocmai pentru că se desfășoară pe o perioadă lungă, într-un cadru structurat și documentat.

7. Bibliografie și surse

Legislație națională UE

- Germania: Strafgesetzbuch (StGB), §174a-174c – gesetze-im-internet.de
- Olanda: Wetboek van Strafrecht, Art. 249 – wetten.overheid.nl
- Suedia: Brottsbalken, Cap. 6 §1-3 – government.se
- Franța: Code pénal, Art. 222-22 – 222-31 – legifrance.gouv.fr
- România: Codul penal (Legea 286/2009), Art. 218-223, 299 – legislatie.just.ro
- România: Legea 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog
- România: Legea 217/2023 pentru modificarea Codului penal
- Danemarca: Straffeloven, §218-228
- Belgia: Code pénal, Art. 375-377 (reformă 2022)
- Spania: Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual
- Italia: Codice penale, Art. 609-bis, 609-ter

Jurisprudență CEDO

- M.C. c. Bulgaria, 2003, nr. 39272/98 – hudoc.echr.coe.int
- X și Y c. Olanda, 1985 – hudoc.echr.coe.int
- I.C. c. România, 2016, nr. 36934/08 – hudoc.echr.coe.int
- X și Alții c. Bulgaria [GC], 2021, nr. 22457/16 – hudoc.echr.coe.int
- L. și Alții c. Franța, 2025 – hudoc.echr.coe.int
- M.G.C. c. România, 2016 – hudoc.echr.coe.int

Tratate și instrumente internaționale

- Convenția de la Istanbul (CETS 210) – rm.coe.int / eur-lex.europa.eu
- CEDAW (1979), Rec. Gen. nr. 19 (1992) și nr. 35 (2017) – ohchr.org
- CRPD (2006), Art. 16 – ohchr.org
- Directiva 2012/29/UE (protecția victimelor) – eur-lex.europa.eu
- Directiva 2011/93/UE (abuz sexual copii) – eur-lex.europa.eu
- Rec(2002)5 Comitetul Miniștrilor CoE – rm.coe.int

Surse jurnalistice și instituționale

- PressOne: „Exclusiv. Peste 20 de ani de impostură...” (nov. 2025) – pressone.ro
- Digi24: „Psihoterapeutul Cristian Andrei...” (28.01.2026) – digi24.ro
- HotNews: „INREGISTRĂRI. Membru al comisiei... Ion Duvac” (24.02.2026) – hotnews.ro
- Europa Liberă: „PressOne: Înregistrări... Ion Duvac” (24.02.2026) – romania.europalibera.org
- HotNews: „Psihologul Ion Duvac... a demisionat” (28.02.2026) – hotnews.ro
- Adevărul: „Lista victimelor lui Ion Duvac crește” (25.02.2026) – adevarul.ro
- Colegiul Psihologilor din România – comunicat oficial (feb. 2026)

Surse academice și comparative

- European Psychologist, Vol 13 No 1: „Psychology and Psychotherapy in Health Care” – econtent.hogrefe.com
- MDPI: „Legal Perspectives on Sexual Violence: A Cross-European Study” (2025) – mdpi.com
- ScienceDirect: „The wave of consent-based rape laws in Europe” (2024)
- Oxford Acad: „ECHR and the Positive Obligation to Criminalise...” (2024)
- Amnesty International: Rapoarte privind legislația sexuală în Suedia, Olanda
- EIGE: Legal Definitions in the EU Member States – eige.europa.eu

Referințe științifice citate:

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Basic Books.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
- Freud, S. (1912). *The Dynamics of Transference*. Standard Edition, Vol. XII.
- Freyd, J.J. (1996). *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*. Harvard University Press.
- Gabbard, G.O. & Lester, E.P. (1995). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Basic Books.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. Basic Books.
- Milgram, S. (1963). Behavioral Study of Obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(4), 371-378.
- Peterson, M.R. (1992). *At Personal Risk: Boundary Violations in Professional-Client Relationships*. W.W. Norton.
- Pope, K.S. (1994). *Sexual Involvement with Therapists: Patient Assessment, Subsequent Therapy, Forensics*. American Psychological Association.
- Pope, K.S. & Bouhoutsos, J.C. (1986). *Sexual Intimacy Between Therapists and Patients*. Praeger.
- Pope, K.S. & Vasquez, M.J.T. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*, 5th ed. Wiley.
- Pope, K.S. & Vetter, V.A. (1991). Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28(3), 429-438.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin.
- Schoener, G.R. et al. (1989). *Psychotherapists' Sexual Involvement with Clients: Intervention and Prevention*. Walk-In Counseling Center.
- Simon, R.I. (1995). The natural history of therapist sexual misconduct: identification and prevention. *Psychiatric Annals*, 25(2), 90-94.
- Stark, E. (2007). *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life*. Oxford University Press.
- Yalom, I.D. (2002). *The Gift of Therapy*. HarperCollins.
- Zur, O. (2007). *Boundaries in Psychotherapy*. American Psychological Association.
- EFPA (2005, rev. 2015). *Meta-Code of Ethics*. European Federation of Psychologists' Associations.
- Colegiul Psihologilor din România — Codul deontologic al profesiei de psiholog.