

Maša Žvelc¹, Metka Furlani² in Ana Matijević³

Kršenje spolnih meja klientov v psihoterapiji: Dejavniki, posledice in predlogi

*Sexual boundaries violation in psychotherapy:
Factors, consequences and considerations*

Povzetek

Kršenje spolnih meja klientov v psihoterapiji je pomembno in pereče področje, s katerim se častna razsodišča psihoterapevtskih združenj v Sloveniji in tujini redno srečujemo. Hkrati pa je kršenje spolnih meja klientov v strokovnem in javnem diskurzu zamolčano in ignorirano področje, poskusi zamejitve tovrstnega vedenja pa so premalo učinkoviti (Hook in Devereux, 2018; Pope, 1990). Strokovno javnost želimo opozoriti na pereč problem kršenja spolnih meja klientov v psihoterapevtski praksi, spodbuditi refleksijo ter usmeriti stroko v reševanje tega problema. V članku opredelimo pojav kršenja spolnih meja v psihoterapiji, njegovo urejanje in razširjenost pojava ter razložimo nekatere dejavnike in posledice spolnega nasilja terapevtov. Na koncu podamo predloge za spoprijemanje s tem perečim problemom.

Ključne besede: kršenje spolnih meja, zloraba, spolni odnosi, psihoterapija

Abstract

The ethical committees of psychotherapy associations in Slovenia are being regularly confronted with allegations of psychotherapists' unethical sexual behaviour towards their clients. This is occurring despite professional and public debate tending to silence or ignore this significant and burning topic, and attempts to limit such behaviour have proved ineffective. (citation) We want to urgently draw the attention of the professional community to this issue of sexual boundary violations of psychotherapy clients and to encourage the profession

- 1 Doc. dr. Maša Žvelc, Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje, Ljubljana; Oddelek za psihologijo, FAMNIT, Univerza na Primorskem; Predsednica častnega razsodišča SKZP. Email: masa.zvelc@institut-ipsa.si
- 2 Metka Furlani, je psihodinamska psihoterapevtka, učna terapevtka in supervizorka, EDP; ter članica častnega razsodišča SKZP. Email: info@metkafurlani.si
- 3 Ana Matijević je psihoanalitična psihoterapevtka ter članica častnega razsodišča SKZP. Email: ana.psihoterapija@gmail.com

as a whole to reflect and to contribute to solving this problem. In this article we define the phenomena of sexual boundaries violations in psychotherapy, its prevalence and current regulation and explain some factors and consequences of such unethical behaviour. In conclusion we also provide some suggestions for coping with this issue.

Key words: sexual boundaries violation, abuse, sexual conduct, psychotherapy

Extended abstract

"I came to our weekly session, opened the door and suddenly HE was standing there completely naked, smiling, with his eyes full of greed and lust, saying: » Come, won't we have sex?" A shock. No. I don't want that. I was thinking perhaps he's gone mad. Then another feeling overwhelmed me: "But look, he loves you in so special way. The way nobody ever did. In this way you will be his forever." I felt like vomiting, my body signalling that it does not want that. But the wounded, tiny part of me, wished only that somebody would love me most in the world. Indeed, for the price of that I was ready to do everything that he proposed, that it would help me. But my psychological state began to get worse and worse. Panic attacks became more frequent, I was absent in my mind most of the day, I was crying on the way to and from my job, and also in front of my family I barely managed to hide that something horrible was happening to me. I was weeping every free moment. I did not feel hunger anymore. Not even life. Not even my children and partner. I think that I was not really alive in those months. I wanted to die."

The client's record

1. Defining a phenomenon

Sexual boundary violations in psychotherapy happens, when a psychotherapist uses any aspect of a client's sexuality for their own benefit (Hook & Devereux, 2018). The phenomena include contact with sexual organs and also sexualized, seducing behaviour, which does not necessarily include contact with sexual organs or any bodily contact.

1.1. Regulation of psychotherapist's behaviour

Every contravention of sexual boundaries is always unethical and the responsibility is always on the psychotherapist. This kind of behaviour is regulated by the ethical codes of professional associations and is not allowed.

1.2. Prevalence of sexual boundary violation in psychotherapy

Even though sexual boundary violation of the clients is unethical, unprofessional and seriously harmful, it still exists. The prevalence is difficult to estimate (Hollwicha et al., 2015). The studies often include psychotherapists' reports; and because of its unethical nature reports of such behaviour may be concealed by the therapists. Our review of the available research (G. G. Pope 1990; K. S. Pope, 1988; K. S. Pope & Vetter, 1991, Lamb et al, 2003) shows that 3.5% to 16 % of all psychotherapists have a sexual relationship with their clients. The majority these unethical relationships occur between male psychotherapists and their female clients.

2. Factors leading to violation of sexual boundaries in psychotherapy

In the interests of prevention, this article focuses on the factors that lead to the violation of sexual boundaries in order to raise awareness of the mechanisms that cause the psychotherapeutic process to breach ethical standards. Contrary to expectations, the perpetrators are often experts who are well established in the profession, which may be a warning that anyone can step on this slippery slope (K. S. Pope, 1990; Somer & Saadon, 1999; Quadrio, 1996).

2.1. Characteristics of psychotherapists who violate client's sexual boundaries

The characteristics of psychotherapists who violate sexual boundaries point to developmental deficiencies and to needs, which they fulfil in therapy with their clients. To affirm their grandiosity, they cultivate a confusing desire for constant idealization on the part of the client. The sexualization of the psychotherapeutic relationship emerges as a defence against the disintegration of the idealized image and as a renewal of the therapist's power (Quadrio, 1996).

2.2. Characteristics of clients whose sexual boundaries have been violated

Clients who find themselves in an abusive relationship with their psychotherapist are often complementary to the psychotherapist's psychopathology and they are often very vulnerable, have low self-esteem and a strong need to feel special and loved (Quadrio, 1996).

2.3. Dynamics of the phenomenon of violation of sexual boundaries in psychotherapy

In intense regressive interactions between the psychotherapist and the client, unconscious mechanisms arise, and instead of processing psychological phenomena, they seduce the psychotherapist into acting them out. Growing aggression, imbalance of dominance and subordination, envy and eroticized countertransference are the forces that lead to the violation of clients' sexual boundaries (Twemlow, 1997).

2.3.1. Violation of sexual boundaries

Client abuse is the final point in the accumulation of critical problems with crossing boundaries, which are a result of harmful interactions between the client and the psychotherapist and the collision of their dysfunctional patterns (Twemlow, 1997). Any modification of professional boundaries, which may begin with inattention to boundaries, can open the door to deeper needs and motivations that lead to violations of boundaries (Yahav & Oz, 2006).

2.3.2. Hatred and perverted elements leading to the violation of sexual boundaries

Two primary factors are responsible for an attitude that becomes overtly abusive: eroticized countertransference and the escalation of unconscious affects of hatred and envy that underlie the perverse nature of the exploitative relationship (Twemlow, 1997). Perversion encompasses anger over the difficult abandonment of boys' primary identification with their mothers. If a male psychotherapist has trouble omitting primary identifications, he will not be able to take on a nurturing role. By sexualizing the therapeutic relationship, the psychotherapist, in the form of a lover, offers love to the client, while maintaining a position of power and male identity (Quadrio, 1996).

2.3.3. Projective identification, transfer and countertransference

The psychotherapeutic process awakens infantile unconscious desires and needs. The client's needs may be the same or very similar to the psychotherapist's and they project them into each other, but it is the psychotherapist's job to understand the unconscious needs and lead them to processing. His susceptibility to projective identification or deidentification is important (Yahav & Oz, 2006).

3. Harmful consequences to the client of sexual boundary violations

Sarkar (2004) believes that sexual boundary violations in psychotherapy result in profoundly harmful consequences for the client: "In sexual relationships,

the harm comes because of the parallels with incest (Kardener, 1974) and the danger to the patient of making transferential fantasies real." (Sarkar, 2004, p. 316). Rutter (1989) in one of the first books in this field, "Sex in the Forbidden Zone", based on many years of research finds that the victims of sexual boundary violations are primarily women.

In 1975, when for the first time in history a patient sued her psychiatrist alleging the doctor had sexual relations with her as part of the treatment, the court ruled that from the time of Freud until today, there is a common consensus that sensual intimacy between the client and the psychotherapist has negative consequences (Appel, 2019). The violation of sexual boundaries constitutes a destructive act not only for the client and psychotherapist, but for the institution, profession, and community as well (Levine, 2010).

K. S. Pope (2001) suggests ten of the most common reactions that are frequently associated with psychotherapist-patient sex: (a) ambivalence, (b) cognitive dysfunction, (c) emotional lability, (d) emptiness and isolation, (e) impaired ability to trust, (f) guilt, (g) increased suicidal risk, (h) role reversal and boundary confusion, (i) sexual confusion, and (j) suppressed anger. Levine (2010) adds (a) reinforcement of grandiose fantasies, (b) loss of trust in authority and (c) loss of trust in self-impulses. Sarkar (2004) believes that sexual boundary violations usually result (a) in the client needing to keep the illicit relationship secret because of the possible effects on the psychotherapist's career, (b) in disconnection from sources of help, (c) in identity confusion, and (d) in abrupt termination of the therapy process. Hook and Devereux (2018) believe that symptoms of boundary violations are similar to those of post-traumatic stress disorder (PTSD).

A study based on in-depth interviews with 14 women who had become involved in therapist-client sex found changes in (a) their self-perceptions (feelings of exploitation, exhaustion, guilt, emotional sensitivity, anxiety, etc.) and in (b) their interpersonal relationships (they were all reserved and careful in any new relationship, most women expressing an interest in re-entering therapy aimed at mending the damage of the former exploitative treatment, but with a female psychotherapist) (Ben-Ari & Somer, 2004).

Not only sexual relations between psychotherapist and client during the therapy process have negative consequences, but also post-termination sexual involvement (Shopland & VandeCreek, 1991; Pope & Vetter, 1991; Vasquez, 1991).

Many associations in the field of psychotherapeutic, therapeutic and counselling work have a provision in their codes of ethics that prohibits psychotherapists from engaging in sexual intimacies with former clients for at least two years after cessation or termination of therapy (Behnke, 2004).

4. **Suggestions for prevention and coping**

We have divided our suggestions for prevention and coping according to the applicable groups or clients:

When choosing a psychotherapist, check their qualifications to see if they are properly qualified and if they are a member of a psychotherapy professional body. If the psychotherapist is seducing you, making suggestive sexual comments, or wanting to have sex with you, be aware that this is highly unethical, unprofessional and not for your own good. Research shows that in the majority of cases this kind of behaviour is harmful for the clients. Report their misconduct to the relevant professional body.

- For psychotherapists

It is normal that during the therapy process you have different kinds of feelings towards the client, including feelings of sexual attraction, falling in love, desire for confirmation. What you feel is a significant source of information regarding you, the client and your interpersonal process. Nothing is forbidden in terms of what you feel. But feelings do not equate to behaviour. The more you are able to be aware of your feelings, the more you are able to reflect and mentalise; and that enables you to act professionally.

It is of great importance to attend supervision regularly. Research shows (Ladany et al., 1996; Žvelc & Žvelc 2021) that psychotherapists often conceal their feelings towards clients in supervision. The content, which you wish to conceal from the supervisor, or you are already concealing, is precisely the content you need to share and explore in supervision.

Take care of yourself and your wellbeing. A regular practice (like mindfulness practice) may widen your ability to be aware and help you in getting in touch with your emotions, thoughts, and needs, accepting them, and at the same time making a decentred perspective of them.

Continually educate yourself. Understanding the concepts of transference, countertransference and enactments helps you understand and mentalise your and your client's states and prevent acting-out in the therapeutic relationship.

- Supervisor:

The supervision process includes emotional and physiological dimensions of your and your client's experience. Žvelc (2017) in her research found that it is helpful if the psychotherapist initiates talking about sexual feelings towards their client. Also be aware what you are feeling in the supervision session in your body and on your emotional level. Your experience is a significant source of information and basis for mentalization of your, your supervisee and their client's states. Continuously educate yourself, and be open, kind,

and compassionate to yourself and towards your supervisee.

- Psychotherapy training programmes

Help future psychotherapists to develop their capacity for interoception, awareness and affect tolerance. Include education (including case studies and discussions) of ethics, transference, countertransference, intersubjectivity, relations enactments, and sexuality in psychotherapy. In your education integrate also the theme of sociocultural factors and connected issues of power and gender.

- Professional bodies

In Slovenia we lack a law for the regulation of the psychotherapy profession. In its absence we would urgently ask all professional bodies in Slovenia to take relevant action that psychotherapists join professional associations. This is the minimum requirement for the clients' safety and protection.

It is also important to encourage professional and also wider public discussion regarding the sexual integrity of clients, with the help of lectures, round table discussions, publications etc. Clients should also be informed regarding their rights, the existence and the content of the ethical codes and ways of making complaints.

5.

In conclusion

As human beings we are not perfect and we cannot avoid making mistakes. The aim of this article is to draw attention to an issue that is all too frequently hidden; we want you, the readers, to develop your thoughts, that we may together think about this important issue and work towards its prevention.

Let's have in mind that our clients come to us to receive help, they entrust us with their wounded soul and gentle, trembling heart; they invite us to be their companions in the process of recovery.

Dear colleagues, let us respect and nurture the dignity of our clients.

Prišla sem na najino tedensko seanso, odprla vrata – in nenadoma je tam pred vrati stal ON – popolnoma gol, se smejal s svojimi požrešnimi in poželjivimi očmi ter dejal: »Pridi, a ne bova seksala?« Šok. Ne. Nočem tega. Kaj se mu je zmešalo, sem razmišljala. Nato me je preplaval drug občutek: »Ampak poglej, on te ima rad na tako poseben način. Tako kot te ni imel še nihče rad. Tako boš njegova za vedno.« V želodcu sem čutila, da bom bruhala, telo mi je sporočalo, da tega ne želi. A ranjen, zelo majhen del mene si je želel samo to, da bi ga imel nekdo rad najbolj na svetu. Ja, za ceno tega sem bila pripravljena narediti vse, kar je predlagal, da mi bo pomagalo. A moje psihično stanje se je slabšalo iz tedna v teden. Panični napadi so bili vse pogostejši, v mislih sem bila odsotna večino dneva, jokala sem na poti v službo in iz nje, pa tudi pred svojo družino sem komaj skrivala, da se mi dogaja nekaj grozljivega. Jokala sem vsak prost trenutek. Nisem čutila več lakote. Niti življenja ne. Niti otrok in partnerja. Mislim, da tistih nekaj mesecev nisem živela. Želela sem umreti.

Zapis klientke

1.

Uvod

1.1.

Opredelitev pojava

O kršenju spolnih meja klienta v psihoterapiji govorimo, če psihoterapevt izrablja katerikoli aspekt klientove seksualnosti za lastno dobrobit (Hook in Devereux, 2018). Kršenje spolnih meja vključuje tako stik s spolnimi organi kot tudi seksualizirana in zapeljiva vedenja, ki ne vključujejo stika s spolnimi organi niti telesnega stika. Tovrstna seksualizirana in zapeljiva vedenja, pogosto subtilna, so namenjena pritegnitvi seksualne pozornosti klienta, npr. podaljšan očesni kontakt, očitno opazovanje klientovega telesa in komentarji klientovega videza oziroma privlačnosti (Hook in Devereux, 2018). Obe navedeni vrsti kršenja spolnih meja (spolni odnos ter seksualizirana in zapeljiva vedenja) sta zlorablajoči in pogosto vodita v resne škodljive posledice za klienta.

1.2.

Urejanje vedenja terapevtov

Kršenje spolnih meja klienta je vedno neetično in odgovornost za to je izključno na psihoterapevtu. Tovrstna vedenja so urejana z etičnimi kodeksi strokovnih združenj. Dejanja prestopanja spolnih meja v terapiji niso dovoljena terapevtu ne v obdobju poteka terapije ne po zaključku terapevtskega procesa.⁴ Za primer navajamo člena Etičnega kodeksa Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (2021):

4 Nekateri etični kodeksi terapevtu prepovedujejo vzpostavitev intimnega odnosa z nekdajjim klientom vsaj dve leti po zaključku terapije, v nekaterih etičnih kodeksih pa je ta prepoved časovno neomejena.

Načelo 5.b:

Psihoterapevti so dolžni odgovorno ravnati s posebnim odnosom zaupanja in odvisnosti, ki nastane v psihoterapevtski obravnavi. Vsaka zloraba tega odnosa pomeni prekršek zoper poklicno etične smernice psihoterapevtskega poklica. Zloraba moči nastane takrat, ko se psihoterapevt izneveri pacientu/klientu ter zadovoljuje svoje osebne, npr. spolne, ekonomske, socialne ali čustvene potrebe, četudi je to pogodu pacientu/klientu. Odgovornost za to je izključno pri terapevtih. Med pacienti/klienti in kandidati v edukaciji načelno ni tukaj nobene razlike. Tudi po zaključku terapije veljajo naprej nespremenjene etične smernice.

Načelo 5.c:

Psihoterapevti se nenehno zavedajo svojih lastnih potreb in svojega potencialno vplivnega položaja do oseb, kot so klienti, študentje, učenci, udeleženci v raziskavah in podrejeni. Zaupanja in odvisnosti teh oseb ne izkoriščajo. Psihoterapevti se po najboljših močeh izogibajo dvojnimi vlogam, ki bi lahko vplivale na njihovo strokovno presojo ali povečale možnost zlorab. Primeri takšnih dvojnih vlog so med drugim profesionalne obravnave ali raziskave z zaposlenimi, študenti, supervizanti, bližnjimi prijatelji ali sorodniki. Spolne, fizične, emocionalne in materialne zlorabe s katerikoli klienti, študenti, učenci, supervizanti in udeleženci v raziskavah so neetične.

Kršitve posameznih psihoterapevtov obravnavajo častna razsodišča društev v skladu s svojimi etičnimi kodeksi. Častno razsodišče lahko sprejme različne možne ukrepe ob prepoznani kršitvi s strani psihoterapevta. Lahko je to opomin, dodatno obvezno izobraževanje in dodatna supervizija, dodatna osebna izkušnja in/ali začasna prekinitev izvajanja psihoterapevtske prakse, začasna ali trajna izključitev iz društva, priporočilo pristojnim ustanovam ali društvenim organom za začasni ali trajni odvzem certifikata oz. evropske diplome iz psihoterapije. Ker pa v Sloveniji žal nimamo zakona o psihoterapiji in s tem ne formalnega regulatorja, ne moremo nadzorovati izvršitve izrečenih ukrepov.

Pomembno je, da se psihoterapevti zavedamo, da smo za vsako kršenje spolnih meja v psihoterapiji odgovorni mi sami, podobno kot je za zlorabo otroka vedno odgovoren odrasli. Klienti v psihoterapevtskem procesu pogosto regresirajo, razvijejo močan transfer, in pomembno je, da za vse njihove občutke, fantazije in želje v zvezi z nami razvijemo decentrirano perspektivo, ki omogoča učinkovito refleksijo omenjenih procesov ter ustrezno vodenje nadaljnje terapije. Zaskrbljujoča je ugotovitev Hollwicha s sodelavci (2015), da 41 % strokovnjakov s področja psihologije in medicine, zajetih v raziskavo, delno odgovornost za spolne odnose med psihoterapevti in klienti pripiše tudi klientom.

1.3.

Razširjenost pojava kršenja spolnih meja klientov

Kljub temu da je kršenje spolnih meja klientov neetično, nestrokovno in resno

škodljivo, se še vedno pojavlja. Razširjenost pojava spolnih odnosov s klienti in drugih vedenj kršenja spolnih meja je težko ugotavljati (Hollwicha idr., 2015). Študije pogosto zajemajo lastno poročanje terapevtov; ti pa lahko ta dejanja zaradi njihove neetičnosti prikrivajo, četudi so raziskave anonimne.

Naš pregled dosegljivih raziskav (G. G. Pope 1990; K. S. Pope, 1988; K. S. Pope in Vetter, 1991; Lamb idr., 2003) je pokazal, da ima 3,5 % do 16% terapevtov intimne odnose s klienti. Večinoma gre za intimne odnose moških terapevtov s klientkami.

Pregled osmih študij razširjenosti pojava spolne intimnosti v psihoterapiji, narejenih do leta 1986, kaže, da je bilo v povprečju 8,3 % moških terapevtov ter 1,7 % terapevtk spolno intimnih s klienti (K. S. Pope, 1988). G. G. Pope (1990) navaja, da je bilo 13,7 % moških terapevtov in 3,1 % terapevtk udeleženih v določeni obliki intimnosti s klientom. Nekoliko novejša raziskava Lamba in sodelavcev (2003) kaže, da je v zajetem vzorcu 3,5 % psihologov poročalo o spolnih odnosih s klienti.

V raziskavi K. S. Popa in Vetterja (1991), ki je zajela 1320 psihologov, je polovica poročala, da so obravnavali najmanj enega klienta, ki je bil spolno intimen s prejšnjim terapevtom. Skupaj so poročali o 958 primerih spolne intimnosti klienta s terapevtom. V večini primerov je šlo za klientke (ženske) in pri večini je spolna intimnost potekala pred zaključkom terapije. V večini primerov so imele klientke in klienti škodljive posledice. V primerih spolne intimnosti, ki je potekala po zaključku terapije, je bila škoda ugotovljena v 80 % primerih.

Raziskave kažejo, da je večina psihoterapevtov, ki prestopajo spolne meje, moških ter da so meje prestopane oziroma zlorabljene večinoma ženskim klientkam (K. S. Pope, 1990; Lamb idr., 2003). Quadrio (1996) poziva, da je pojav nujno obravnavati tudi s sociokulturnega vidika razlik med spoloma ter da je potrebna sistemska analiza morebitnega ščitenja zlorabljevalcev.

2. **Dejavniki, ki vodijo do kršitve spolnih meja klientov v psihoterapiji**

Stereotip, da spolne meje kršijo slabo izobraženi terapevti z roba terapevtske stroke, je zavajajoč. Velja ravno obratno; terapevti, ki presegajo spolne meje v psihoterapiji, so pogosto visoko usposobljeni, priznani in uveljavljeni strokovnjaki (K. S. Pope, 1990; Somer in Saadon, 1999; Quadrio, 1996). Ob tem se upravičeno pojavi vprašanje, kako prihaja do teh resnih kršitev standardov psihoterapije. Erić (2011) navaja, da ni mogoče zanikati seksualne privlačnosti klientov. Psihoterapevti jo zaznajo, o svojih klientih seksualno fantazirajo, kar lahko pri njih povzroča zaskrbljenost, strah in obsojanje sebe. Pomembno je, da terapevt v superviziji spregovori o svojih občutkih do klienta ter jih reflektira. Raziskave

kažejo, da terapevti v superviziji prikrivajo svoja občutja do klientov, pogosto občutja privlačnosti do klientov, jeze ter nemoči (Ladany idr., 1996; Žvelc in Žvelc, 2021). S tem ko psihoterapevt odkrito ne razkrije in reflektira svojih občutij v terapiji, poveča možnosti za odigravanje v psihoterapiji in neetično ravnanje.

2.1. **Lastnosti terapevtov, ki kršijo spolne meje klientov**

V nadaljevanju navajamo določene lastnosti terapevtov ter dejavnike, ki so povezani z zlorabljanjem v terapevtskem odnosu. Navedene razlage večinoma izhajajo s psihoanalitičnega vidika.

Brodsky (1989) ugotavlja, da so psihoterapevti, ki se spustijo v spolne odnose s klienti, čustveno odvisne osebe, pogosto v krizi srednjih let, vznemirjeni ob izživljanju družbenih prepovedi. Claman (1987, v Erić, 2011) razlaga, da so od otroštva naprej hrepeneli po zrcaljenju in imeli potrebo stopiti se z drugim. Te potrebe jim zdaj odseva klient in služi kakor objekt sebstva. Dahlberg (1970, v Erić, 2011) jih opiše kakor zadržane, introspektivne, pasivne, sramežljive in razumske. S temi lastnostmi so ženskam nepriljubljeni, v posebnem psihoterapevtskem odnosu pa se čutijo klientkam privlačni in začnejo izpolnjevati svojo fantazijo moške vsemogočnosti ter vstopajo v spolne odnose z njimi.

Twemlow (1997) navaja, da je pri terapevtih, ki vodijo dolgotrajno obravnavo težavnih klientov z osebnostnimi motnjami, pogosta mazohistična predaja v vlogo žrtve. Terapevt se mazohistično adaptira vlogi mučenika v odnosu do zahtevnega klienta in ima občutek, da se žrtvuje za klientovo zdravje. Sebe doživlja kakor žrtev, kar je reakcijska formacija pred lastnim občutkom sovraštva do klienta. Terapevt z resno narcistično patologijo pa si dopušča, da ostaja v vlogi neudeleženega opazovalca klienta in ga doživlja kakor napadalca, ki njega spolno nadleguje.

Quadrio (1996) navaja, da se terapevtu z narcistično motnjo za potrjevanje njegove grandioznosti pojavlja konfuzna želja po nenehni idealizaciji s strani klienta, zato zadovoljuje vse klientove potrebe in s tem svoje grandiozne fantazije, da je edini, ki klientu lahko pomaga. Ko klient v procesu postaja neodziven in trmast, je ogrožena terapevtova onnipotentnost. Seksualizacija terapevtskega odnosa se pojavi kot obramba pred razpadom idealizirane podobe in kot obnavljanje moči terapevta.

Psihoterapevti, ki kršijo spolne meje, si lahko ustvarjajo komplicirane racionalizacije za svoja neetična dejanja ali pa niso niti v stiku z nezavedno motivacijo za svoja dejanja. V najbolj ekstremni patologiji plenilskega psihopata ali psihotičnega psihoterapevta pa njegova vloga nedvomno postane agresor in klient postane realna žrtev. Tu gre predvsem za dominanco in uživanje psihoterapevta v ustraševanju in podreditvi klientov. Ti terapevti zavestno načrtujejo spolno zlorabo (Twemlow, 1997).

2.2. **Lastnosti klientov, ki so jim kršene spolne meje**

Klienti, ki pristanejo v zlorabljačem odnosu s terapevtom, se pogosto komplementarno ujemajo s psihopatologijo terapevta in so največkrat zelo ranljivi, imajo nizko samopodobo in močno potrebo, da se čutijo posebne in ljubljene (Quadrio, 1996). Njihovo hrepenenje izvira iz otroštva, ko so bili zanemarjani s strani staršev ali pa so kot otroci v disfunkcionalnih družinah prevzeli vlogo staršev. Ženske klientke so se v adolescenci ob depresivnih materah pogosto čutile postavljene v vlogo nadomestne žene svojim očetom. Quadrio (1996) poudarja, da odsotnost očeta v razvoju pusti hrepenenje po stabilnem moškem liku, ki ga klienti močno idealizirajo, se čutijo podcenjene in ne čutijo upravičenosti do moči. Ob prijazni pozornosti ali izrečeni pozitivni afirmaciji psihoterapevta se zlasti klientke odzovejo z intenzivno idealizacijo, ki se ji narcistično ranjeni terapevti ne morejo upreti.

Klienti, ki so jim spolne meje kršene, pogosto, a ne nujno, kažejo mejno osebnostno motnjo, saj gre pri zlorabah prav za kršenje meja medčloveških odnosov, v zvezi s čimer se ti klienti težje zaščitijo (Gutheil, 1989, v Erić, 2011). Zaradi razpetosti med besom na terapevta in odvisnostjo od njega ter zmedenosti pri doživljanju sebe in drugega hitreje stopijo v zlorabljač odnos (Erić, 2011) oziroma ga v začetnih fazah težje prepoznajo.

Klienti, ki vstopajo v spolne odnose s terapevti, so pogosto žrtev spolne zlorabe iz otroštva (Somer in Saadon, 1999; Quadrio, 1996; Yahav in Oz, 2006). Tako avtoriteta iz otroštva in sedanji terapevt zlorabita moč svojega statusa in odvisnost otroka/klienta v svojo korist ter s tem izdata njegovo zaupanje (Yahav in Oz, 2006).

2.3. **Dinamika pojava kršenja spolnih meja v psihoterapiji**

Twemlow (1997) opozarja, da so naraščajoča agresija, igra dominance in podrejenosti, zavist in erotizirani kontratransfer sile, ki vodijo v seksualne zlorabe klientov. Poudarja, da je zlasti pomembna terapevtova dovzetnost za projekтивно identifikacijo oziroma deidentifikacijo. Ti mehanizmi odigrajo pomembno vlogo v intenzivnih regresivnih interakcijah med terapevtom in klientom ter vplivajo na kršenje meja.

2.4. **Kršenje spolnih meja**

Varnost in zaupanje v psihoterapevtskem odnosu se vzpostavi in ohranjata na podlagi spoštovanja meja, ki ščitijo identiteto ter vlogi psihoterapevta in klienta, kar pomeni, da je kršenje meja v psihoterapiji napad na varnost in zaupnost odnosa med njima.

Zloraba klienta je končna točka v kopičenju kritičnih problemov s kršenjem

meja, ki so rezultat škodljive interakcije med klientom in terapevtom ter srečanja njunih disfunkcionalnih vzorcev (Twemlow, 1997). Yahav in Oz (2006) opozarjata, da vsaka modifikacija profesionalnih meja odškrne vrata za vstop globljih potreb in motivacij, ki vodijo do prestopa meja. Twemlow (1997) razmišlja o ideji razvojnega kontinuuma od zgodnjih stopenj nepozornosti na meje preko prekoračitve meja, ki lahko vodijo do kršenja spolnih meja. Stopnja nepozornosti izvira iz neopaznih začetkov, ko se terapevt premalo zaveda fantazij, ki jih goji o klientu izven terapije. Prekoračitev meja je točka, ko se pojavlja dejavnost, ki navadno še ni v škodo klienta, lahko pa vodi do kršenja spolnih meja, posebej če terapevt ne zmore upravljati regresije. Yahav in Oz (2006) iz kliničnih izkušenj navajata, da je prva meja psihoterapevta, ki je odgovoren za kršenje spolnih meja, prestopljena s samorazkrivanjem osebnih informacij v neterapevtske namene. Temu sledijo podaljšane seanse in seanse izven terapevtskega prostora. Nato se odpove plačilu srečanj in poveča frekvenco seans, temu pa sledi intenziviranje dotika. Kršenje meja sprevrže terapijo v zadovoljevanje potreb terapevta (Gabbard, 1994).

Guthiel in Gabbard (1993, v Yahav in Oz, 2006) poudarjata, da je v psihoterapevtskem odnosu pomembno izključiti vsako možnost za občutek klienta, da je za psihoterapevta poseben.

2.5. **Sovraštvo in perverzni elementi, ki vodijo do kršenja spolnih meja**

Pojav kršenja spolnih meja je izrazit primer, kjer se v odnosu vzpostavi neravnovesje agresor-žrtev. Twemlow (1997) postavi hipotezo, da kolikor več agresije dominira v odnosu, toliko bolj dinamika med psihoterapevtom in klientom zdrsne v zlorabljač odnos. Na odnos, ki postane odkrito izkoriščevalski, vplivata dva primarna dejavnika: erotizirani kontratransfer ter stopnjevanje nezavednih afektov sovraštva in zavisti, ki so podlaga perverzni naravi izkoriščevalskega odnosa. Skozi seksualnost ali drugo obliko psihične zlorabe terapevt izraža svoje sovraštvo zaradi zavrnitev ter zaradi frustriranosti svojih omnipotentnih prizadevanj ob težavnem napredku klienta (Twemlow in Gabbard, 1989, v Twemlow, 1997).

Twemlow in Gabbard (1989, v Twemlow, 1997) pojasnita nezavedno dinamiko fenomena kršenja spolnih meja z razdelavo perverznih elementov in agresije. Primarni razlog perverzije je izničiti otroško travmo, konflikte in frustracije s pretvorbo v triumf. Višja prevalenca spolnih zlorab in perverzij pri moških izhaja iz razvojnih posebnosti. Dečki se morajo odreči svoji primarni feminilni identifikaciji z materjo, da bi razvili moško identiteto. Perverzija obsega bes zaradi opustitve najzgodnejše blaženosti in identifikacije z materjo, bojazen pred neuspešnim pobegom od njenih vplivov ter komponente maščevanja.

Quadrio (1996) navaja, da psihoterapevtski proces pogosto oživlja infantilne fantazije odvisnosti od matere in zahteva od terapevta kapaciteto za materinski kontratransfer. Če ima terapevt probleme pri opustitvi primarnih identifikacij, morda ne bo mogel zavzeti negujoče vloge in obenem obdržati moške identitete. Seksualizacija psihoterapevtskega odnosa ponudi rešitev, da terapevt kot ljubimec klientki nudi ljubezen in zadovoljitev ter s tem ohranja pozicijo moči.

Pogosto perverzni in agresivni elementi obarvajo erotični kontratransfer, in terapevt, ki sicer ne kaže psihotičnih znakov, vseeno nima kapacitete, da bi z distance razpoznal, kaj se dogaja med njim in klientom (Twemlow, 1997).

2.6. Projekcijska identifikacija, transfer in kontratransfer

V terapevtskem odnosu ob intenzivnih regresivnih interakcijah vzniknejo nezavedne želje in potrebe. Klientove potrebe so lahko zelo podobne terapevtovim in jih drug v drugega projicirata, vendar je terapevtovo delo, da nezavedne potrebe razume in vodi v predelavo. Te potrebe, ki so lahko tako klientove kakor tudi terapevtove, se izrazijo kot (Yahav in Oz, 2006):

- želja po čustvenem ali telesnem zlivanju s starševskim nadomestkom v upanju, da se najde zadovoljiv objektni odnos;
- stalna potreba po afirmacijah ter želja zlivanja s selfobjektom zaradi nizke samopodobe, nezadovoljive izkušnje zrcaljenja ali idealizacije v otroštvu;
- ojdipski konflikt, ki ostaja nerazrešen in vodi v zaljubljenost z neprimernim ali nedosegljivim objektom;
- nezmožnost zdržati ambivalentne občutke ljubezni, sovraštva, strahu, jeze, seksualnega vzbujenja in nemoči. Eden od načinov izogibanja tem težkim aspektom terapevtskega odnosa je zdrs v ljubezensko afero;
- potreba po stalni fascinaciji iz onipotentne fantazije osebe, da lahko osvoji vsakega moškega ali ženskega;
- potreba po zadovoljitvi potreb drugih;
- potreba po nadzoru, ki kompenzira občutke nemoči;
- potreba po uničenju terapije z zmanjšanjem ločenosti od terapevta in težnja dokazati, da ni zmožen pomagati.

Yahav in Oz (2006) opozarjata, da se je treba zavedati kontratransfernih pasti, ki psihoterapevte lahko zavedejo. Te pasti lahko vsebujejo vsakršno neprimerno interakcijo, ki ni nujno spolna. Ko klient uvede seksualne ali ljubezenske fantazije, vezane na terapevta, naj ga terapevt povabi v raziskovanje pomena, namesto da odigra klientove fantazije. Seksualna energija v seansi lahko povzroči nelagodnost terapevta in njegovo nemoč, kako obvladovati situacijo. Terapevtova nemoč pa je lahko refleksija klientovih občutkov, da je odvisen od terapevta in mu je neznana odvisnost, ki ni pospremljena z eksploatacijo (Davies in Frawley,

2013). Terapevt naj klientovega vedenja nikar ne razpozna kakor zavajanje, temveč mora razumeti, da je morda za klienta edini način, da upraviči zblizanje, ponudba seksualnih občutkov oziroma razkritje svoje travme skozi transfer.

Psihoterapevtsko delo naj poteka na predelavi potlačenih ali disociiranih potreb in želja klienta, ne pa na odigravanju teh s strani psihoterapevta, ki ne nadzoruje svojih gonskih potreb (Yahav in Oz, 2006). Klient, ki je zlorabo od psihoterapevta začutil kakor romantično afero, se je zaljubil v transferno podobo terapevta, in ne v terapevta kot osebo.

3. Posledice kršenja spolnih meja klientov v psihoterapiji

Psihoterapevtski odnos temelji na občutku varnosti in zaupanja, zaradi česar je izredno ranljiv. Klienti psihoterapevtu zaupajo svoje misli, občutke, dogodke in vedenja, ki jih mnogokrat ne razkrijejo nikomur drugemu. Zato je psihoterapevtova odgovornost, da klienta ne rani, izda ali zlorabi, toliko večja. Preseganje s strani terapevta ni le kršenje klientovih meja, temveč izdaja njegovega zaupanja.

Sarkar (2004) meni, da kršenje meja spolne nedotakljivosti v psihoterapiji za klienta pušča globoke negativne posledice: »Posledice spolnih odnosov znotraj psihoterapevtskega odnosa so toliko večje zaradi paralel z incestom (Kardener, 1974) in nevarnosti realizacije klientovih transfernih fantazij.« (Sarkar, 2004, str. 316) Sarkar (2004) opredeli neposredno oškodovanost, ko pride do ponovitve bolezni ali poslabšanja simptomov, zaradi katerih je klient poiskal pomoč, ter posredno oškodovanost, ko klient izgubi zaupanje in občutek lastne vrednosti.

V eni prvih knjig s tega področja, »Sex in the Forbidden Zone« (1989), Rutter na podlagi dolgoletnega raziskovanja pride do spoznanja, da so žrtve kršenja meja spolne nedotakljivosti predvsem ženske. Zastopa stališče, da psihoterapevtova zloraba klientkinega zaupanja z namenom zadovoljevanja lastnih spolnih želja lahko povzroči hujše posledice kot v drugih primerih neetičnega ravnanja psihoterapevtov. Ker psihoterapevt najprej klientko naveže nase, potem pa se ji odpove, klientka lahko prevzame vlogo žrtve in ponavlja izkušnjo zlorabe v drugih odnosih.

Leta 1975, ko je potekal prvi proces Roy vs. Hartogs, v katerem je klientka tožila svojega terapevta, se je sodišče izreklo, da od časa Freuda pa do danes velja skupni konsenz, da ima čutna intimnost med klientom in terapevtom negativne posledice (Appel, 2019). Vendar kršenje meja spolne nedotakljivosti ne nosi negativnih posledic zgolj za klienta, temveč tudi za psihoterapevta, psihoterapevtsko stroko in družbo nasploh (Levine, 2010).

Stavki, kot so »Privlačiš me«, »Privlačna si«, »Med nama se čuti ljubezen«,

»Vzljubil sem te«, »Včasih imam spolne fantazije o nama«, naložijo na klienta breme odziva, zamajajo zaupanje in kličejo po odzivu na kršenje meja spolne nedotakljivosti v psihoterapiji s strani družbe (Hilton in Hedges, 2011).

K. S. Pope (2001), ki je raziskoval posledice spolnih odnosov med klientom in psihoterapevtom, navaja naslednje negativne posledice:

1. *Ambivalenca*. Je ena izmed najbolj izčrpavajočih posledic kršenja spolnih meja, saj je klient zaradi občutka paraliziranosti ujet med dvema vrstama medsebojno konfliktnih impulzov. Po eni strani si želi zapustiti zlorabljalnega terapevta in iziti iz destruktivnega odnosa. Želi si prekiniti posledice, ki jih prinaša zloraba, in ima željo po razkritju, resnici in iskanju pravice zase ter za druge kliente. Po drugi strani ima potrebo po zaščiti takega terapevta za vsako ceno. Zlorabljalno terapevta so običajno zelo spretni pri kreiranju in ohranjanju njune medsebojne dinamike. Klientu dajo namreč občutek, da mora skrbeti za terapevtovo kariero in jo varovati ter da je bilo spolno razmerje edino moralno in etično dejanje, ki lahko ozdravi klienta.
2. *Kognitivna disfunkcija*. Motnja posameznikovega načina razmišljanja, ki vključuje motnje pozornosti, spomina in koncentracije, z značilnimi vsiljenimi mislimi, intruzivnimi slikami, poutrinki (*angl. flashbacki*), fragmentiranim spominom in nočnimi morami.
3. *Čustvena labilnost*. Motnja posameznikovega čustvovanja, ki vključuje intenzivne občutke, ki lahko izbruhnejo nenadoma in brez razloga; čustveni odklop, ki se odraža kot smeh med opisovanjem žalostnih situacij ali izbruh joka ob pripovedovanju o smešnih in lepih dogodkih; posameznikovo doživljanje čustev kot tujkov in grožnjo, ki vdira v njegovo notranjost; skrajne, nepredvidljive in pogosto izmenjujoče se občutke ter občutek nemoči, kot bi bila posameznikova čustva izven kontrole.
4. *Občutek praznine in izoliranosti*. Posameznik doživlja, da je za vedno izgubil občutek samega sebe, spremlja ga občutek izolacije, doživlja, kot bi bil izključen iz družbe oz. kot da ne bi mogel več vzpostaviti socialne vezi z drugimi.
5. *Iracionalna krivda*. Ne glede na osebnost klienta oz. njegovo delovanje je za prestop meja odgovornost vedno na strani psihoterapevta. On je namreč tisti, ki je za svoje delo usposobljen in poučen, da je spolnost znotraj psihoterapevtskega odnosa, ne glede na razlog, prepovedana. To ga uči tudi etika dela oz. etični kodeks.
6. *Nižja stopnja zaupanja oz. izguba zaupanja*. Klient v psihoterapevtsko obravnavo vstopi z največjo mero zaupanja, ki jo zmore. Verjame, da bo terapevt vedno ravnal v njegovo najvišje dobro in s tem varoval njun odnos. Ko pa se terapevt s klientom zaplete v spolni odnos, na ta način močno vpliva na klientovo zaupanje vanj.

7. *Višja stopnja tveganja samomora* – okoli 14 % zlorabljenih v psihoterapiji poskuša vsaj enkrat narediti samomor, in eden na sto zlorabljenih ga tudi naredi.
8. *Zamenjava vlog in konfuzija glede mej*. Fokus terapije se iz potrebe klienta po zadovoljitvi njegovih potreb spreobra v zadovoljevanje osebnih potreb psihoterapevta. To pomeni, da psihoterapevt ni več v službi klienta in njegove dobrobiti, ampak v službi sebe in lastne dobrobiti.
9. *Seksualna konfuzija*. Zmedenost glede seksualnosti se izraža skozi gnus in previdnost pri izražanju spolnih impulzov, skozi spolno vznburjenost ob neprijetnih občutkih (jezi, depresivnosti, anksioznosti ali strahu), doživljanje spolnosti kot obsesije, doživljanje poutrinkov ali pa skozi ohranjanje prepričanja, da so žrtve same krive za to, kar se jim je zgodilo.
10. *Potlačena jeza*. Spolno zlorabljeni v psihoterapiji jezo čutijo upravičeno, vendar je mnogokrat ne zmorejo neposredno izraziti. Zato lahko čutijo otopelost v situacijah, ki bi jih v preteklosti razjezile, ali pa jezo obrnejo proti sebi in postanejo besni nase, kar povzroči občutke gnusa do sebe in samopoškodovalno vedenje ter lahko vodi tudi v samomor.

Levine (2010) kot posledice kršitve meja spolne nedotakljivosti doda krepitev grandioznih misli ter izgubo zaupanja v avtoriteto in lastne impulze, Sarkar (2004) pa odrezanost od virov pomoči, odgovornost klienta za terapevtovo počutje zaradi skrivanja odnosa med njima, zmedo identitete ter v skrajnem primeru poleg samomora in samopoškodovanja, ki ju kot posledico navede že K. S. Pope (2001), prekinitvev psihoterapije, kar pomeni, da ne pride do zaključevanja psihoterapevtskega procesa.

Hook in Devereux (2018) menita, da so simptomi kršenja meja spolne nedotakljivosti podobni kot pri posttravmatski stresni motnji (PTSM).

Bouhoutsos je s sodelavci (1983) v raziskavi, s katero je preučeval posledice kršenja meja spolne intimnosti v psihoterapevtskem odnosu pri klientih, zasledil povečano depresijo, izgubo motivacije, oslabiljeno socialno prilagoditev, znatno čustveno motnjo, samomorilne občutke ali vedenje ter povečano uživanje drog ali alkohola. 11 % od 559 primerov je bilo hospitaliziranih, 1 % jih je storilo samomor, 48 % pa jih je imelo težave pri ponovnem začetku zdravljenja; klienti so bili sumničavi in nezaupljivi do terapevtov, imeli so težave pri vzpostavljanju novega odnosa, pri izbiri novega terapevta so bili izredno previdni ali pa se dolgo niso vrnili na terapijo. Le 6 % jih je takoj po zlorabi poiskalo terapijo pri drugem terapevtu. Nekateri so ostali čustveno predani prejšnjemu terapevtu, nekateri so pred vstopom na terapijo želeli jasen dogovor, da terapija ne vključuje spolnosti. Nekateri so se bali, da jim ne bodo verjeli.

Ben-Ari in Somer (2004) sta izvedla poglobljene intervjuje s 14 žrtvami spolne zlorabe, povzročene s strani psihoterapevta, in ugotovila naslednji kategoriji sprememb:

1. *v zaznavanju in občutenju samega sebe*. Občutek izkoriščenosti, izrabljenosti, krivice, čustvena občutljivost, anksioznost, nezmožnost ponovnega zaupanja, potreba po prenovi življenja, retravmatizacija, konflikt med racionalnim in emocionalnim delom (po eni strani zavedanje tveganja in hkrati želja po občutku ljubljenosti in skrbi s strani psihoterapevta);
2. *v medsebojnih odnosih*, ki vključujejo partnerski odnos, družinske odnose ter psihoterapevtski odnos (večina je izrazila željo po ponovni psihoterapiji, a s psihoterapevtko, kjer so se ukvarjale z zmanjševanjem posledic zlorabe predhodnega odnosa). Vse so bile v novem odnosu zadržane oz. previdne.

Večina intervjuvank, intervjuvanih s strani moškega, je intervju povezala z izkušnjo zlorabe v terapiji. Nekatere so izrazile skrb in strah pred izpostavljenostjo in morebitnimi posledicami intervjuja (npr. pomembno jim je bilo, da njihovo ime ne bo nikjer vidno). Hkrati so verjele, da bi jim lahko proces osebno pomagal in da bi bili na podlagi intervjuja psihoterapevti kaznovani. Nekatere so o zlorabi spregovorile prvič. Samo dve žrtvi sta podali ovadbo na sodišče in častno razsodišče, in obe sta izrazili razočaranje nad potekom procesa, saj jima je ta prizadejal več škode kot koristi.

Negativnih posledic ne puščajo zgolj spolni odnosi med klientom in psihoterapevtom v času trajanja terapije, temveč tudi spolni odnosi po zaključku terapije (Shopland in VandeCreek, 1991; Pope in Vetter, 1991; Vasquez, 1991). Pope in Vetter (1991) poročata, da je imelo spolno razmerje s terapevtom po zaključku terapije pri kar 80 % klientov negativne posledice. Da je oškodovanost klienta, ki vstopi v spolno razmerje z nekdanjim terapevtom, velika, meni tudi šest psihoanalitičnih psihoterapevtov, ki je sodelovalo v raziskavi N. Shavit in Buckyja (2004). Vsi so bili mnenja, da se transfer (in kontratransfer) z zaključkom terapije ne razreši in da psihoterapevt tudi po zaključku terapije ostaja za klienta odgovoren, saj med njima obstajajo razlike v moči. Enakega mnenja je tudi Gabardd (2002), ki dodaja, da ravno razlika v moči omogoči fiduciarno naravo razmerja, ta pa učinkovit terapevtski odnos.

Mnoga združenja in društva na področju psihoterapevtskega, terapevtskega in svetovalnega dela z ljudmi imajo v svojih etičnih kodeksih določilo, ki prepoveduje intimno razmerje terapevta z nekdanjim klientom vsaj dve leti po zaključku terapije. Dveletno časovno obdobje po eni strani zmanjša intenzivnost in verjetnost nastanka škode na strani klienta, po drugi pa mu omogoči uveljavljanje avtonomije pri tem, s kom in na kakšen način bo vzpostavljaj osebne odnose (Behnke, 2004).

4.

Predlogi za preventivo in spoprijemanje

Predloge za preventivo pred kršenjem spolnih meja klientov ter predloge za soočanje in spoprijemanje s tem pojavom smo razdelile na več področij glede na to, komu so predlogi namenjeni.

Predlogi za kliente:

Ko izbirate terapevta, preverite, ali je ustrezno kvalificiran za svoje delo. Prav tako preverite, ali je včlanjen v strokovno društvo, saj kot član strokovnega društva sledi strokovnim etičnim smernicam. V primeru etičnih kršitev se boste imeli možnost pritožiti na društvo, kamor je včlanjen.

Vedite, da so zapeljevanje s strani terapevta in spolni odnosi z njim nestrokovna in neetična dejanja. Raziskave kažejo, da v večini primerov vodijo do škodljivih posledic za vas. Nekateri klienti poročajo, da jim je bilo sprva terapevtovo seksualizirano vedenje ali spolni odnosi z njim všeč, negativne posledice pa so prišle kasneje, pri nekaterih tudi več let po prekinitvi odnosa s terapevtom.

Če vas terapevt zapeljuje, vam daje spolne opazke, želi imate spolni odnos z vami in podobno, vedite, da je to izjemno nestrokovno in da to ni v vaše dobro. Njegovo vedenje prijavite na častno razsodišče pristojnega strokovnega združenja.

Predlogi za psihoterapevte:

Normalno je, da med psihoterapevtskim procesom do klienta čutite različna občutja. Tudi občutja spolne privlačnosti, zaljubljenosti, želje po potrjevanju sebe in po ljubljenosti niso izjema. Vaša čustva, ki jih doživljate ob klientu, so pomemben vir informacij o dinamiki med vami in klientom, o klientu in o vas samih. Nič ni prepovedano in nič ni neetično čutiti. Čustva niso enaka vedenju. Bolj ko se čustev čuječe zavemo, se decentriramo od njih, v večji meri smo zmožni mentalizacije in refleksije, kar nam omogoča, da tudi naprej strokovno in funkcionalno postopamo. Pomembno je, da redno hodite na supervizijo in intervizijo. Izberite si supervizorja, ob katerem boste lahko gradili varen odnos in ki mu boste lahko zaupali vso paleto čustev, ki se vam pojavljajo ob vašem delu. Do sebe bodite sočutni in prijazni.

Raziskave kažejo (Ladany idr., 1996; Žvelc in Žvelc 2021), da terapevti v superviziji pogosto prikrivajo občutja, ki jih imajo do svojih klientov. Vsebine, ki bi jih želeli prikriti supervizorju ali jih že prikrivate, so ravno vsebine, ki jih je treba podeliti in raziskati v superviziji. Nezavedni dejavniki, kot so obrambni mehanizmi in odpori, so vedno na delu; dovolite supervizorju, da vam pomaga pri odkrivanju vaših slepih peg in mentalizaciji vaših stanj; s tem bosta oba pripomogla k bolj učinkoviti terapiji in s tem k dobrobiti klienta.

S pomočjo lastne terapije predelujte svoje nerazrešene vsebine. Skrbite zase,

zavedajte se svojih potreb, med njimi potreb po spolnosti, po biti ljubljen, biti privlačen. Poskrbite za svoje osebno blagostanje. Kontinuirano izvajajte vadbe (kot je vadba čuječnosti), ki bodo širile vaše zavedanje in pomagale prihajati v stik z vašimi čustvi in mislimi, jih sprejemati ter se od njih hkrati optimalno diferencirati.

Kontinuirano se izobražujte s področja nezavednih dejavnikov, transferja, kontratransferja, relacijskega odigravanja in etike. Poznavanje teh vsebin vam pomaga razumeti, mentalizirati vaša in klientova stanja in s tem preprečiti odigravanja (ang. *acting-out*) v terapevtskem odnosu. Dobro poznavanje naštetih vsebin vam pomaga tudi razumeti, zakaj so spolni odnosi z (nekdanjimi) klienti prepovedani tudi po zaključku terapije.

Če ste v intimnem odnosu s klientom, pojdite na supervizijo ter se iskreno pogovorite s supervizorjem o svojih dejanjih ter o ustreznih nadaljnjih korakih. Prav tako je potrebno, da se vključite v osebno terapijo. Pomembno je, da skupaj z osebnim terapevtom in supervizorjem ter glede na sklepe častnega razsodišča presodite, ali je primerno, da ostanete v stroki, in če da, na kakšen način.

Včlanite se v psihoterapevtska strokovna združenja.

Predlogi za supervizorje:

V supervizijo vključujte čustveno in telesno dimenzijo supervizantove in svoje izkušnje. Svoje supervizante redno sprašujte o doživljanju na terapiji, čustvih do klienta in doživljanju na superviziji. Bodite odprti za to, da supervizanti doživljajo zelo različna in močna čustva. M. Žvelc (2017) je v raziskavi ugotovila, da supervizantom pomaga, če supervizor spodbudi pogovor o spolnih občutkih terapevta do klienta. Tudi sami bodite pozorni na to, kaj vi doživljate na čustvenem in telesnem nivoju, ko terapevt pripoveduje o terapiji s klientom. Tudi vaše doživljanje je lahko pomemben vir informacij in podlaga za mentalizacijo vaših, terapevtovih ter klientovih stanj. Do svojega supervizanta in do sebe bodite odprti, prijazni in sočutni. Redno se strokovno izobražujte in skrbite za osebno ravnotežje.

Predlogi za izobraževalne ustanove:

V izobraževalni proces vključujte vsebine in metode, ki razvijajo pri bodočih terapevtih kapaciteto interoceptije, zavedanja in toleriranja svojih občutij ter uporabo teh kapacitet v tehnikah in metodah terapevtskega dela. Vključene naj bodo tudi vsebine, kot so etika, nezavedni procesi, transfer, kontratransfer, intersubjektivnost ter relacijsko odigravanje. V izobraževanju naj bo tudi prostor za prikazovanje primerov, deljenje lastnih dilem in strahov ter diskusijo na temo spolne privlačnosti in spolne nedotakljivosti. Pomembna je tudi edukacija o sociokulturnih dejavnikih in z njimi povezanih vprašanih moči in spola.

Predlogi za strokovna združenja in častna razsodišča:

Zakon o psihoterapiji ter psihoterapevtska zbornica bi omogočala urejeno formalno urejanje psihoterapevtskih storitev in učinkovito ukrepanje ob etičnih in drugih kršitvah. Ob obstoječem stanju psihoterapevtske stroke pozivamo strokovna združenja, da apelirajo in uvedejo ustrezne postopke, da se vsak delujoči psihoterapevt včlani v strokovno društvo. Le tako lahko zagotovimo minimalno strokovno zaščito klientov.

Pomembno je tudi spodbujati strokovni in širši javni diskurz o spolni nedotakljivosti klientov preko izobraževanj, okroglih miz in publikacij. Tudi kliente je treba seznaniti z njihovimi pravicami, obstojem in vsebino etičnih kodeksov ter možnostjo prijave.

Častna razsodišča, ki delujejo v okviru strokovnih združenj, opravljajo pomembno strokovno delo. Delo, ki je zahtevno in pogosto tudi naporno. Člani častnih razsodišč se lahko za podporo in pomoč obrnete na častna razsodišča krovnih združenj v Sloveniji ali v tujini.

Ukrepi, postavljeni terapevtom, ki prestopajo spolne meje klientov, navadno obsegajo lastno psihoterapijo, kontinuirano izobraževanje, supervizijo, izključitev določenega tipa klientov iz terapije ter začasno ali trajno prepoved psihoterapevtskega dela. O tem, ali se lahko terapevt, ki je bil vključen v spolne aktivnosti s klientom, rehabilitira in varno vrne k opravljanju svojega dela, so mnenja v stroki deljena.

Ves čas si manipuliral z menoj na tako podel način, da me srce boli. Rekel si, da mi bo spolni odnos s teboj pomagal, da je nekaj odstotkov takih klientov in da sem jaz med njimi. Rekel si, da ne smem nikomur povedati o najini posebni ljubezni, še posebej pa ne partnerju, ker tega ne bo razumel. Rekel si, da si srečal žensko svojega življenja, da me imaš neskončno rad in da če bi bil še enkrat mlad in neporočen, bi bila midva skupaj. Nato si me čez nekaj mesecev zavrzel kot smet. Resnično me še nihče v tem življenju ni tako ranil kot ti. K tebi sem prišla po duševno pomoč, s svojimi ranami, da mi jih pomagaš zaceliti. S travmami. Ti si jih poglobil. Nisem prišla po to. Želela sem, da nekdo spoštuje mene, mojo dušo, želela sem telesno nedotakljivost.

Vem pa zdaj, česa si ti ne zaslužiš. Naziva psihoterapevta. To nisi več. Lahko te je sram za vse, kar si dovolil, da se je zgodilo na najinih seansah. Si rekel enkrat: »Veš, nič od tega se ne bi zgodilo, če ne bi bila ti tako vztrajna.« Ni res. Nič od tega se ne bi zgodilo, če bi ti znal opravljati svoj poklic. Prenehaj pomagati ljudem. Prenehaj, preden raniš še koga.»

Zapis klientke

5.

Sklepne misli

Prepričane smo, da nas, psihoterapevte, ko se odločamo za našo pot, vodijo humani, srčni nameni – pomagati sočloveku v stiski.

V intersubjektivnem polju s klientom lahko zaradi prepletanja naših in klientovih zavestnih in nezavednih vsebin kot terapevti občutimo spekter različnih občutij, od sovraštva in gnusa do spolnega poželenja. Paleta različnih občutij je normalna; pomembno je, da se jih čuječe zavedamo in o njih odkrito spregovorimo s supervizorjem ali na interviziji, kar nam pomaga naša čustva regulirati, dobiti spoznanja o naši in klientovi dinamiki ter strokovno voditi terapijo naprej.

Kot človeška bitja smo nepopolni in realno je, da se napakam vedno ne moremo izogniti. Namen članka ni karati; želimo pa vam, bralcem, položiti na srce, da vsi skupaj, kot posamezniki in kot stroka, razmislimo o tej temi in delujmo v smeri preventive.

Spomnimo se, da so klienti prišli k nam po pomoč; v našo skrb nam zaupajo svojo ranljivo dušo ter nežno, krhko in trepetajoče srce; povabijo nas, da smo njihovi sopotniki v procesu okrevanja. Naša etična zaveza je, da ne delamo škode, ohranjamo terapevtske meje, ne zlorabljammo klientov, smo v superviziji in razvijamo kapaciteto za lastno refleksijo.

Dragi kolegi, spoštujmo in negujmo dostojanstvo klientov in ne pozabimo, kakšen je naš namen in naše poslanstvo.

Literatura

- Appel, J. M. (2019). Prohibiting psychiatrist – patient sex: Roy v. Hartogs (1976). V P. Ash (ur.), *From courtroom to clinic: Legal cases that changed mental health treatment* (str. 102–113). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108377171.010>
- Ben-Ari, A. in Somer, E. (2004). The aftermath of therapist-client sex: Exploited women struggle with the consequences. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(2), 126–136. <https://doi.org/10.1002/cpp.396>
- Behnke, S. (2004). Sexual involvements with former clients: A delicate balance of core values. *American Psychological Association Newsletter*, 35(11), 76. <https://www.apa.org/monitor/deco4/ethics>
- Bouhoutsos, A., Holroyd J., Lerman, H., Forer, B. R. in Greenberg, M. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology: Research and Practice* 14(2), 185–196.
- Brodsky, A. M. (1989). Sex between patient and therapist: Psychology's data and response. V G. O. Gabbard (ur.), *Sexual exploitation in professional relationships* (str. 15–21). American Psychiatric Press.
- Davies, J. M. in Frawley, M. G. (2013). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Relational Psychoanalysis*, 14(2), 269–304. <https://doi.org/10.4324/9780203727942-15>
- Erić, L. (2011). *Seksualne disfunkcije: Spolni odnos med psihoterapevti in njihovimi pacienti*. Hermes IPAL.
- Etični kodeks Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (2021). <https://www.skzp.si/o-skzp/eticni-kodeks-slovenske-krovne-zveze-za-psihoterapijo/>
- Gabbard, G. O. (1994). Psychotherapists who transgress sexual boundaries. *Bull. Menninger Clin.*, 58, 124–135.
- Gabardd, G. O. (2002). Post-termination sexual boundary violations. *Psychiatric clinics of North America*, 25(3), 593–603. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(02\)00006-0](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(02)00006-0)
- Hedges, E. L. (2011). *Sex in psychotherapy: Sexuality, passion, love, and desire in the therapeutic encounter*. Routledge.
- Hollwicha, S., Frankeb, I., Riecher-Rösslerc, A. in Reiter-Theila, S. (2015). Therapist-client sex in psychotherapy: Attitudes of professionals and students towards ethical arguments. *Swiss Medical Weekly*, 145, 1–7. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14099>
- Hook, J. in Devereux, D. (2018). Sexual boundary violations: victims, perpetrators and risk reduction. *BJPsych Advances*, 24(6), 374–383. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.27>
- Lamb, D. H., Catanzaro, S. J. in Moorman, A. S. (2003). Psychologists reflect on their sexual relationships with clients, supervisees, and students: Occurrence, impact, rationales, and collegial intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 102–107. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.1.102>
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. in Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of counseling psychology*, 43(1), 10–24.
- Levine, H. B. (2010). Sexual boundary violations: A psychoanalytic perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 6, 50 – 63.
- Rutter, P. (1995). *Sex in the forbidden zone: When therapists, doctors, clergy, teachers and other men in power betray women's trust*. Harper Collins Publishers.
- Sarkar, S. (2004). Boundary violation and sexual exploitation in psychiatry and psychotherapy: A review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 312–320.
- Pope, G. G. (1990). Abuse of psychotherapy: Psychotherapist-patient intimacy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53(1–4), 191–198. <https://doi.org/10.1159/000288366>
- Pope, K. S. (1988). How clients are harmed by sexual contact with mental health professionals: The syndrome and its prevalence. *Journal of Counseling & Development*, 67(4), 222–226. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1988.tb02587.x>
- Pope, K. S. in Vetter, V. A. (1991). Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28(3), 429–438. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.429>

- Pope, K. S. (1990). Therapist-patient sex as sex abuse: Six scientific, professional, and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 227–239. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.4.227>
- Pope, K. S. (2001). Sex between therapists and clients. V: *Encyclopaedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender*, 2, str. 955–962). <http://ks pope.com/sexiss/sexencyc.php>
- Quadrio, C. (1996). Sexual abuse in therapy: Gender issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(1), 124–131. <https://doi.org/10.3109/00048679609076080>
- Shavid, N. in Bucky, S. (2004). Sexual contact between psychologists and their former therapy patients: Psychoanalytic perspectives and professional implications. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64(3), 229–248. <https://doi.org/10.1023/B:TAJP.0000041259.60877.14>
- Shopland, S. N. in VandeCreek, L. (1991). Sex with ex-clients: Theoretical rationales for prohibition. *Ethics & Behavior*, 1(1), 35–44. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0101_4
- Somer, E. in Saadon, M. (1999). Therapist-client sex: Clients' retrospective reports. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 504–509. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.30.5.504>
- Twemlow, S. W. (1997). Exploitation of patients: Themes in the psychopathology of their therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 51(3), 357–375. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1997.51.3.357>
- Vasquez, M. J. T. (1991). Sexual intimacies with clients after termination: Should a prohibition be explicit? *Ethics & Behavior*, 1(1), 45–61. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0101_5
- Žvelc, M. (2017). *Razvoj modela spodbujajočih in ovirajočih dejavnikov v superviziji psihoterapije*. Doktorska naloga. Univerza v Ljubljani. Filozofska fakulteta.
- Žvelc, M. in Žvelc, G. (2021). Supervisees' experience of non-disclosure in psychotherapy supervision. *Ljetopis socijalnog rada*, 28(1), 231–255. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v28i1.330>
- Yahav, R. in Oz, S. (2006). The relevance of psychodynamic psychotherapy to understanding therapist-patient sexual abuse and treatment of survivors. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatr.*, 34(2), 303–331.