

---

**R.I. SIMON D.W. SHUMAN**

## ***Ohranjanje okvira zdravljenja: klinična in pravna vprašanja***

### ***Maintaining treatment boundaries: clinical and legal issues***

in Clinical Manual of Psychiatry and Law, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2007, 201–227.

**Prevod:** Darja Roškar, Dinko Štajduhar, Miran Možina

Psihiatrija je že dolgo nazaj spoznala vlogo pacientovega zaupanja v uspeh terapije ter pomembnost ustreznega okvira zdravljenja pri vzpostavitvi in ohranjanju tega zaupanja. Sprejeti standardi za prakso poudarjajo, da je vzdrževanje okvirjev terapevtova poklicna dolžnost. Tudi sodišča so uvidela osrednjo vlogo, ki jo ima pacientovo zaupanje v odnosu med zdravnikom in pacientom, kot tudi škodo, ki jo povzroča kršenje tega zaupanja:

Javna politika je zaščititi pacienta pred namerno zlorabo moči ter kršenjem zaupanja s strani psihiatra, ki mu pacient zaupa svoje telo in um v veri, da bo naredil vse, kar je v njegovi moči, da ga privede do ozdravitve. Ta pravica je zaščiten s tem, da je žrtvi omogočena uporaba civilnih sredstev, ne samo za obrambo pred krivico, ki ji je narejena, ampak tudi za zaščito javnega interesa (Roy proti Hartogsu, 1975).

Kadar psihiater iz lastnega koristoljubja zlorabi pacientovo zaupanje (namesto da dela v pacientovo korist, kot npr. pri hospitalizaciji samomorilnega pacienta ali pri odgovarjanju pomembnim javnim interesom npr. Tarasoff proti dekanatu Kalifornijske univerze, 1976), pravna stroka razpolaga z različnimi civilnimi, kazenskimi in upravnimi sredstvi. Pogosto se pod tovrstnimi prekrški misli le na spolno razmerje med psihiatom in pacientom, a je takšno gledanje preozko. Prepovedani so tudi drugi osebni (Figueiredo - Torres proti Nickel, 1991: v razlagi tožbe za nevestno zdravljenje je bila navedena trditev, da je psihiater imel spolno zvezo s pacientovo soprogo) in profesionalni odnosi (Združene države proti Willisu, 1990: psihiater je spoznan za krivega protizakonitega trgovanja z vrednostnimi papirji na podlagi zaupne informacije, ki jo je pridobil od pacienta, ki je bil zakonec zaposlenega v podjetju), ki prinašajo možnost zlorabe moči ter kršenja pacientovega zaupanja s strani psihiatra. Razmišljanja o kršenju okvira pa so v tem članku omejena na spolne zveze, ker so pravna in strokovna stališča o teh vprašanjih bolj izoblikovana.

## PREGLED PRAVNIH PREDPISOV

### Civilna odgovornost

Pravo izraža strokovni konsenz, da lahko spolne zveze med psihiatri in njihovimi pacienti slednjim, ki so izjemno ranljivi in od psihiatra odvisni, povzročijo znatno škodo. Glede na to ranljivost in odvisnost lahko predpostavimo, da spolne zveze med psihiatrom in pacientom nikakor ne morejo biti dogovorne, temveč vedno predstavljajo izkoriščanje. Psihiatri, ki spolno izkoriščajo svoje paciente, podlegajo civilnim tožbam, kazenskemu pregonu in disciplinskim postopkom stroke. Predmet večine civilnih tožb je nevestno izvajanje zdravljenja in temelji na zanemarjanju obveznosti izogibanja namernemu dejanju, ki je vsebovano v večini strokovnih smernic o odgovornosti. Kot je že zabeleženo v predhodnih poglavjih, mora tožnik, da bi zmagal v postopku, ki temelji na nevestnem delovanju, s pretežnostjo dokazov prepričati sodnika oziroma poroto, da je toženi zanemarljivo dolžnost skrbnosti in s tem neposredno povzročil škodo. Obstoj dolžnosti psihiatra – toženega do pacienta – tožnika se opredeli z dokazom o odnosu zdravnik – pacient. Ali predstavljajo spolne zveze med psihiatrom in pacientom (ali bivšim pacientom) kršenje te dolžnosti ali ne, je predmet standardov stroke, za katere sodišča zahtevajo izvedeniška pričevanja. Vprašanje je, ali je zares prišlo do spolne zveze, nanj pa lahko odgovorijo razglednice, pisma, hotelski računi, fotografije in tudi pričevanja drugih oseb, ki trdijo, da so bile s strani dotičnega psihiatra spolno nadlegovane. Za dokaz psihološke škode, ki jo je zaradi odnosa utrpel tožnik, je v splošnem potrebno izvedeniško pričevanje (v Hare proti Wendler, 1997).

Ob tem odgovoru na delikt, ki temelji na splošnem pravu in so ga ustvarili sodniki, so države na problem spolnosti med pacienti in njihovimi psihoterapevti odgovorile na tri načine (Appelbaum, 1990): z zakonskimi odredbami o obveznem prijavljanju, civilnimi pravnimi sredstvi in kriminalizacijo. Zakonske odredbe o obveznem prijavljanju zahtevajo od terapevta, da oblastem prijavi vsako spolno občevanje med terapevtom in pacientom, preteklo ali v teku, za katerega izve (v Minn. Stat. Čl. 148A.03/2005/; Wis. Stat. Čl. 940.22/2006/). Številne države so sprejele civilne zakone, ki prepovedujejo spolne prekrške in v njihovem primeru predpisujejo pravna sredstva (Cal. Civ. Code čl. 43.93/2006/, Fla. Stat. Čl. 458.329/2005/, Minn. Stat. Čl. 148. A02/2005/, Tex. Civ. Prac&Rem. Code čl. 81.002/2005/, Wis. Stat. Čl. 895.70/2006/). Civilni zakoni, ki opredeljujejo standard strokovne pomoči, ki prepoveduje spolno občevanje med terapevtom in pacientom, olajšujejo tožbe zaradi nevestnega zdravljenja, odklanjajo usmerjenost na razložljivost, utemeljevanje terapevtovega obnašanja in vprašanje pacientovega pristanka ter puščajo sodniku oziroma poroti kot edini vprašanja v postopku, ali je bil prekršek storjen in ali je nastopila škoda.

Pravna praksa v Minnesoti na primer predvideva osnovo za tožbeni zahtevek proti psihiatrom in drugim psihoterapevtom v primeru škode, nastale s spolnim stikom s pacientom (Minn. Stat. Ann. Čl. 148A.02 West. Supp. /2005/). Nekateri od teh zakonov omejujejo svobodno razkrivanje tožiteljeve spolne preteklosti.

Kazenske sankcije lahko predstavljajo edino sredstvo proti izkoriščevalskim terapevtom, ki nimajo zavarovanja pred strokovno napako, nimajo licence in niso člani strokovnih organizacij. Nekatero državo so spolni prekršek terapevta razglasile za kaznivo dejanje (Bisbing idr., 1995). Druge izvajajo kazenski pregon zaradi spolnega izkoriščanja na podlagi obstoječih zakonov o posilstvu ali spolnem nadlegovanju (v Ohio O.R.C. Ann. Čl. 2305.111/2006/). Nekatero državo pa so spolno aktivnost definirale kot civilno in pravno kazensko tožljivo.

Osnova za kazenski zahtevek zaradi spolnega izkoriščanja proti psihoterapevtu obstaja za pacienta ali nekdanjega pacienta v primeru škode, povzročene s spolnim aktom s psihoterapevtom, v kolikor je spolni stik nastopil:

- 1) v času, ko je bil pacient na psihoterapiji;
- 2) če je bil nekdanji pacient čustveno odvisen od psihoterapevta;
- 3) če je spolni kontakt nastal kot posledica psihoterapevtovega zavajanja (Minn. Stat. Ann. Čl. 148A.02 West. Supp. /2005/).

Oseba, ki sodeluje v spolni penetraciji z drugo osebo, je kriva spolnega kaznivega dejanja tretje stopnje, v kolikor je prisotna katerakoli od naštetih okoliščin: povzročitelj je psihoterapevt, tožnik je njegov pacient in spolna penetracija je bila prisotna (i) v času psihoterapevtske seanse ali izven (ii) psihoterapevtske seanse, v kolikor sočasno obstaja razmerje psihoterapevt – pacient. Tožiteljev pristanek ne predstavlja osnove za obrambo (Minn. Stat. Ann. Čl. 609.344 /2005/).

## **Obrambe**

Nedvoumen predpogoj za začetek razmišljanja o obrambah pred tožbami zaradi spolnega stika je pacientovo privoljenje, kar je običajno pomemben dejavnik za razlikovanje med primer-nim in neprimer-nim spolnim stikom. Ko je osnova za tožbeni zahtevek zakonsko utemeljena, bodo toženi uvideli, da so zakonodajne oblasti predpostavile kot pravno dejstvo, da pacienti niso sposobni odgovorne izbire v primeru spolnega občevanja s svojimi psihoterapevti. Ko tožba za spolno izkoriščanje temelji na konceptu delikta iz splošnega prava, bodo sodišča ravno tako ne-pripravljena dopustiti obrambo na osnovi pacientove privolitve, doprinosne odgovornosti žrtve ali prevzemanja tveganja.

Treba je poudariti, da kadar gre za obrambe s sklicevanjem na standard skrbnosti, na področju stroke ne obstaja »spoštovana manjšina«, ki bi se ukvarjala z zaščito duševnega zdravja in trdila, da so spolne zveze s pacienti terapevtske. To stališče je nekoč imelo kar nekaj privržencev, ven-dar ga niti zasebno niti javno ne zastopa nihče od strokovnjakov na področju duševnega zdravja. Nerešeno na področju standarda skrbnosti pa ostaja vprašanje, ali je dopustno imeti spolni odnos z nekdanjim pacientom. Da bi videli dokaz o razhajanju stališč glede tega vprašanja, si oglejte razlike zgoraj navedenih civilnih in kazenskih odredb Minnesote. Civilna odredba prepoveduje spolni stik v času trajanja zdravljenja, po njegovem zaključku pa tako dolgo, dokler je bivši pa-cient čustveno odvisen od terapevta. Nasprotno pa kazenski zakonik prepoveduje samo spolne zveze s pacientom, ki je v stvarnem postopku zdravljenja.

Najpomembnejša vprašanja za obrambo, razen če toženi zanika, da je prišlo do spolnega stika, ali trdi, da je do njega prišlo dolgo časa po tem, ko je bila terapija že končana, bi lahko bile vzročnost in posledice. Tožnik nosi breme dokazovanja, da on (ali ona) ne bi utrpel(a) škode, za katero meni, da mu pripada odškodnina, če ne bi bilo toženčevega protipravnega vedenja. Razli-kovanje med pacientovimi težavami, ki so obstajale pred terapijo, od tistih, ki so bile povzročene s spolnim aktom med terapevtom in pacientom, ni ravno eksaktna znanost.

## Kazenske sankcije

Tudi brez ozko strokovnih zakonov, ki kriminalizirajo spolno razmerje med terapevtom in pacientom, se lahko spolno izkoriščanje pacienta pojmuje kot posilstvo ali spolni napad, ki sta kazensko preganjana po zakonih države, v kateri sta storjena. Pomembno vlogo v oceni, ali se lahko kazenski pregon izvaja na podlagi splošnih zakonov o posilstvu ali spolnem napadu, običajno igra storilčev način zapeljevanja in starost žrtve. Na primer, spolni akt z aktualnim pacientom, ki je izsiljen z uporabo elementov zdravljenja, uporabo groženj ali sile, je lahko kazensko iztožljiv na podlagi splošnih odredb o spolnem napadu (Schoener idr., 1989). Trditve o »psihološki prisili« z manipulacijo transfernega fenomena niso zadoščale kot dokaz o prisili, ki je nujen za obstoj kazenskega dejanja na podlagi tradicionalnih zakonskih odredb o posilstvu ali spolnem napadu. V primerih, ki vključujejo mladoletnega pacienta, je vprašanje pristanka ali prisile nebitveno, ker so mladoletne in nepristojne osebe (vključno z odraslimi) nesposobne veljavnega pristanka. Zato je v primeru predvidenega spolnega odnosa z mladoletno ali nepristojno osebo izvzeto vprašanje privolitve.

Številne države so sprejele zakone, ki spolne odnose med terapevtom in pacientom opredeljujejo kot kaznivo dejanje (Bisbing idr., 1995). Kar posebne odredbe loči od splošnih zakonov o posilstvu ali spolnem napadu, je to, da ob teh posebnih odredbah ni potrebe po dokazovanju zavajanja ali prisile in je odpravljena možnost obrambe, ki temelji na privolitvi žrtve. Zakon države Wisconsin na primer predvideva, da je katerakoli oseba, ki je terapevt ali sebe tako pojmuje in ima namenoma spolni stik s pacientom ali klientom v teku odnosa terapevt – pacient ali terapevt – klient, ne glede na to, v času katerega zdravljenja, posveta, intervjuja ali pregleda je prišlo do spolnega stika, kriva težkega kaznivega dejanja stopnje F (Wis. Stat. Čl. 940.22/2006/). Privolitev je v tožbi, ki temelji na tem odstavku, brezpredmetna (Gartrell idr., 1986).

## Strokovni disciplinski postopek

Državni odbori za licenciranje imajo pristojnost presoje v obtožbah zaradi strokovnih prekrškov ter sprejemanja disciplinskih ukrepov, ki vključujejo tudi suspenz in odvzem licence. Civilni osebi ni treba plačati nobene pristojbine niti angažirati odvetnika, da bi vložila tožbo zaradi poklicnega prekrška. Zato ne preseneča dejstvo, da mnogi pacienti, ki trdijo, da so bili žrtve spolnega izkoriščanja s strani svojega terapevta, vlagajo pritožbe na odbore, pristojne za podeljevanje licenc. Pregled objavljenih poročil o spolnih prekrških, za katere so sodbo sprejeli odbori za podeljevanje licenc, je pokazal, da je bila v večini primerov, pri katerih je obstajal zadosten dokaz v podporo obtožbi o izkoriščanju, strokovnemu delavcu odvzeta licenca za določen čas ali trajno (v Cal. Bus.&Prof. Code Čl. 2960.1/2006/; Minn. Stat. Čl. 147.091, 147.141 /2005/; Va. Code Čl. 54.1-2915/19//2006/).

## KLINIČNA OBRAVNAVA PRAVNIH VPRAŠANJ

### Pogostost spolnega stika med terapevtom in pacientom

V nacionalni raziskavi o spolnosti med psihiatri in pacienti je 7,1 % moških in 3,1 % ženskih anketirancev izjavilo, da so imeli odnose s svojimi pacienti (Gartrell in dr, 1986). Od vseh spolnih stikov se jih je 88 % zgodilo med psihiatrom in pacientko ter 1,4 % med psihiatrinjo in pacientko. Medtem ko je 38,4 % moških psihiatrov recidiviralo, nobena od terapevtk ni spolnega

stika ponovila. Zanimivo je, da je 40,7 % psihiatrov storilcev poiskalo posvetovanje zaradi svoje spolne vpletenosti. Od vseh v raziskavi sodelujočih psihiatrov jih je 98 % izrazilo prepričanje, da so spolne zveze s pacienti neustrezne in običajno škodljive. 29 % jih je izjavilo, da bi bila spolna zveza po koncu zdravljenja lahko sprejemljiva.

Izmed vseh psihiatrov, ki so sodelovali pri raziskavi, jih je 65 % povedalo, da so zdravili paciente, ki so bili žrtev spolnega nadlegovanja predhodnega terapevta: 48 % predhodnih terapevtov je bilo psihiatrov, 27 % psihologov, 9 % duhovnikov, 7 % socialnih delavcev ter 6 % laičnih terapevtov. Psihiatri, ki so zdravili paciente žrtve spolnega nadlegovanja predhodnih terapevtov, so v 87 % teh primerov ocenili, da je pacient utrpel škodo. Le 8 % teh terapevtov je prijavilo nadlegovanje strokovnemu združenju ali pravosodnim organom. Nedvomno so vsi ti podatki le omejene ocene. Problem je najverjetneje veliko bolj razširjen in poleg psihiatrov zajema tudi druge strokovne delavce.

Odstotek terapevtov, ki priznavajo spolni stik s pacienti, je v stalnem upadanju. Raziskava iz leta 1989, ki je zajemala 4800 psihiatrov, je pokazala stopnjo spolnih stikov med terapevtom in pacientom: 0,9 % med terapevti in 0,2 % med terapevtkami (Borys in Pope, 1989). Jasnega razloga za ta upad ni. Pretirano optimističen pa se zdi zaključek, da je pogostost spolnih kontaktov med terapevti in pacienti upadla za skoraj 10 % od leta 1980. Ne glede na dejstvo, da so anketiranci ostali anonimni, je lahko grožnja sodnega pregona spodbudila kršitelje k nesodelovanju, dodatnemu prikrojevanju že tako nepreverljivih, v raziskavi pridobljenih podatkov.

### **Etika in kršenje pravil stroke (malpractice)**

Poleg vloge, ki jo imajo etična načela v strokovni disciplini, imajo ta pravila tudi pomembno vlogo v oblikovanju strokovnih norm, ki usmerjajo odločanje v primeru kršitev v praksi. Zaradi tega se psihiatrična etika raziskuje kot sredstvo oblikovanja standarda stroke v postopkih zaradi kršitve pravil stroke. Za psihiatre je etični standard jasen. Kot je navedeno v *Principih medicinske etike z opombami o uporabi v psihiatriji* (Ameriško psihiatrično združenje, 2001), se psihiatrom nedvoumno prepoveduje vključevanje v spolno aktivnost s sedanjimi ali nekdanjimi pacienti:

Zahteva, da se zdravnik obnaša skladno s svojo stroko v vseh vidikih delovanja v svojem življenju, je v primeru psihiatra še posebej pomembna zaradi pacientovega nagnjenja, da preko identifikacije posnema psihiatrovo vedenje. Nadalje lahko nujno potrebna intenziteta terapevtskega odnosa teži k aktiviranju spolnih in drugih potreb ter fantazij, tako s strani pacienta kot tudi psihiatra ter sočasno zmanjšuje objektivnost, ki je nujna za njun nadzor. V nadaljevanju lahko posledična neenakost v odnosu zdravnik – pacient vodi v izrabljanje slednjega. Spolna aktivnost s sedanjim ali nekdanjim pacientom je neetična (str. 5, odstavek 2, opomba 1).

To etično stališče ima dolgo zgodovino. Ena od verzij Hipokratove prisege, ki datira iz časov pred najmanj 2500 leti, postavlja naslednji standard: »V vsako hišo, v katero vstopim, bom vstopil za dobro svojih pacientov in se izogibal vsake namerne škode in vsakršnega zapeljevanja, še posebej ljubezenskih zadovoljstev, tako od moških kot od žensk.«

Ob tej artikulaciji etičnih dolžnosti psihiatra spolna aktivnost med psihiatrom in sedanjim ali nekdanjim pacientom ne zahteva boljše analize – nikoli ni etično imeti spolnega odnosa s

sedanjim ali nekdanjim pacientom. Ne obstaja tako močan pacient, niti dovolj dolga terapevtska prekinitiv, niti dovolj velika prava ljubezen, da bi se opravičilo kompromitiranje te meje. Številne države pod vplivom tega etičnega standarda menijo, da je spolnost med terapevtom in pacientom nevestno dejanje, za katerega ni opravičila (Cal. Civ. Code čl. 43.93 /2006/; Minn. Stat. Čl. 148A.02 /2005/; Wis. Stat. Čl. 895.70 /2006/). Ob tovrstnih odredbah mora tožnik, da bi zmagal v pravdi, dokazati le to, da se je spolni stik zgodil in povzročil škodo.

### **Evalvacija, konzultacija in skupinska terapija**

Če gre za evalvacijo ali konzultacijo, tradicionalnega odnosa med zdravnikom in pacientom z vsemi spremljajočimi pravicami in dolžnostmi ni. Zaradi tega je pacientova pravica glede vloge tožbe zaradi nevestnega zdravljenja zaradi spolnega prekrška evalvatorja ali konzultanta, še zlasti v primerih, ko gre za evalvacijo ali konzultacijo na zahtevek tretje stranke, precej težje vprašanje. Vendar pa etično vprašanje ostaja nespremenjeno. Najbolj bolni pacienti se pogosto naročajo na pregled bolj zaradi zdravljenja z zdravili kot zaradi psihoterapije. Toda zaradi stopnje regresije lahko nastopijo pomembni transferni pojavi. Psihiater je v podrejenem položaju, ko ni prisotna tekoča terapevtska situacija, ki bi mu omogočala oceno razvoja transferja. Ne preseneča dejstvo, da terapevti, ki pacientov ne videvajo pogosto, podpirajo teoretične smernice, ki ne dajejo poudarka na prepoznavanje in obdelovanje transfernih pojavov oziroma jih v celoti zavračajo. Skupinske terapevtske situacije so bogate z intenzivnimi transfernimi odzivi, ki se lahko osredotočijo na terapevta, a brez možnosti podrobnejše raziskave transferja, ki jo omogoča individualna terapija. Pojav transfernih in kontratransfernih težav zahteva prepoznavanje in obdelavo, ne glede na teoretično usmerjenost izvajalca.

### **Supervizorji in učenci**

Supervizorji so predmet civilnih tožb zaradi škode, povzročene z napačnim postopanjem s svojimi supervizanti v primeru, ko je bila nevestna supervizija neposreden vzrok škode za pacienta ali je škoda nastala iz razmerja delovodja – zaposleni med supervizorjem in učencem. Etična pravila lahko igrajo pomembno vlogo v presoji utemeljenosti vedenja supervizorja in supervizanta. Terapevti v izobraževanju se morajo držati enakih etičnih načel kot že izobraženi terapevti. Lahko da supervizorji ne vedo za spolna dogajanja med supervizantom in pacientom. Nепrepoznanje spolnih zvez v nastajanju poraja spekter disciplinskih in civilnih ukrepov proti supervizantu in supervizorju. Prisotnost spolnih nagnjenj med supervizantom in pacientom ter soočenje z njimi morajo biti predmet odprte diskusije. Shranjevanje elektronske pošte med supervizantom in pacientom v dokumentaciji o pacientu bi moral biti ustaljen postopek. Etična načela bi morala biti sestavni del vsakega izobraževalnega programa.

Spolne zveze med supervizorji in supervizanti so v zadnjem času podrobneje etično preučene. Etična pravila, ki izhajajo iz teh proučevanj, bi lahko oblikovala strokovne norme za odgovarjajoče ukrepe med učenci in supervizorji. V publikaciji *Principi medicinske etike z opombami o uporabi v psihiatriji* (Ameriško psihiatrično združenje, 2001) je navedeno:

Spolna zveza med učiteljem ali supervizorjem in učencem oziroma študentom v situacijah, kjer lahko pride do zlorabe moči, pogosto vključuje izkoriščanje neenakosti v delovnem razmerju in je lahko neetična, ker:



- (a) lahko pogubno vpliva na katerokoli supervizirano zdravljenje,
- (b) lahko škoduje odnosu zaupanja med učiteljem in študentom,
- (c) učitelji so svojim učencem pomemben vzor s strokovno vlogo in imajo vpliv na bodoče strokovno vedenje svojih učencev (str. 9, odlomek 4, opomba 14).

### »Naravni razvoj« spolnosti med terapevtom in pacientom

Možnost izkoriščanja psihološko odvisnih in pogosto regresivnih pacientov je v psihoterapiji stalno prisotna. Spolno izkoriščanje ima svoj »naravni potek razvoja« ali progresivni scenarij osebne povezave med terapevtom in pacientom, ki je od primera do primer podoben (Simon 1995; tabela 10.1).

Prekoračitev meja, ki vodijo v spolni odnos s pacientom, nastopa postopno, a vse intenzivneje. Zato ima terapevt dovolj časa za preprečitev tovrstnega razvoja dogodkov (Simon 1989), ravno tako kot supervizor, ki se lahko sooči s tožbo za nevestno ravnanje zaradi neprepoznavanja naravnega razvoja ali nedelovanja na temelju pokazateljev. Izmenjava osebnih informacij s pacientom (npr. informacija o tekočih terapevtovih osebnih problemih) visoko korelira s končnim spolnim aktom med terapevtom in pacientom. Še posebej so nevarna terapevtova razkrivanja o problemih v odnosu, spolni frustraciji, spolnih sanjarjenjih in fantazijah o pacientu, samoti itd. (Simon, 1991). Samorazkritja ne le, da pomenijo potratu terapevtskega časa, temveč lahko v pacientu vzbudijo vlogo dušebrižnika (Pope, 1994). Kršitev meja pri zdravljenju pacienta nastopi, ko terapevt opusti pozicijo relativne nevtralnosti. Spolni prekršek le redko nastopi izolirano; najpogosteje je del splošnega vzorca nevestnega zdravljenja (Simon, 1994a).

Tabela 10.1 Spolzka strmina, ki vodi v spolni odnos med terapevtom in pacientom.

- Začetno kršenje meja »med stolom in vrati«.
- Postopen razkroj terapevtove nevtralne pozicije.
- Terapevt in pacient se kličeata po imenu.
- Na terapevtskih srečanjih je vse manj kliničnega dela in vse več druženja.
- Terapevt obravnava pacienta kot »posebnega« (tj. kot zaupanja vredno osebo).
- Terapevt se začne samorazkrivati, običajno v povezavi s tekočimi osebnimi problemi in spolnimi fantazijami o pacientu.
- Terapevt sedi bližje pacientu.
- Terapevt se začne dotikati pacienta, kar napreduje do objema, objemanja in poljubov.
- Terapevt pridobiva nadzor nad pacientom, običajno tako, da manipulira s transferjem in nevestnim predpisovanjem zdravil.
- Terapevtska srečanja se premaknejo na konec dneva.
- Terapevtska srečanja se postopno podaljšujejo.
- Terapevt pacientu preneha zaračunavati.
- Začne se s sporazumevanjem med terapevtskimi srečanji.
- Terapevt in pacient zahajata na pijačo ali večerjo po terapevtskem srečanju; začno se skupni izhodi.
- Pride do spolnega stika med terapevtom in pacientom.

Tabela 10.2 Nekatere značilnosti ranljivih pacientov

- Pacienti s predhodno dobro ravno funkcioniranja, zdaj z depresijo in izgubo pomembnega odnosa.
- Odvisne in na druge usmerjene osebnosti.
- Pacienti, ki so bili v otroštvu spolno in telesno zlorabljeni.
- Pacienti, ki so bili predhodno hospitalizirani, s hujšimi duševnimi boleznimi, samomorilnimi nagnjenji ter zlorabo alkohola in drog.
- Pacienti z mejnimi, odvisnimi, mazohističnimi in histrioničnimi motnjami osebnosti.
- »Privlačni« pacienti z nizkim samospoštovanjem.

Zdi se, da so pacienti z mejnimi, odvisnimi, mazohističnimi in histrioničnimi motnjami še posebej dovzetni za spolno zlorabo, ker pogosto razvijejo globoke in intenzivno odvisne, erotične transferje (glej tabelo 10.2). Tudi žrtve incesta so dovzetne za spolno izkoriščanje terapevt – pacient. V neki študiji je 23 % predhodno zlorabljenih pacientov, ki so iskali psihoterapevtsko pomoč, bilo spolno zlorabljenih s strani svojega terapevta (The College of Physicians and Surgeons of Ontario, 1991). Naslednjih 23 % je utrpelo druge oblike zlorabe s strani terapevta. Kakršnokoli pomoč od svojega prvega terapevta je dobilo manj kot 30 % pacientov. Povprečni pacient z izkušnjo incesta je imel 3,5 terapevtov.

### Ohranjanje okvira zdravljenja

Okvir zdravljenja postavljajo terapevti, da bi opredelili in zagotovili strokoven odnos s pacientom, z namenom vzpostavitve zaupnega delovnega odnosa. Med psihiatri je prisotno pomembno razhajanje glede kršitve okvira zdravljenja. Terapevtske metode enega terapevta so lahko nesprejemljive za drugega, ki take postopke razume kot kršenje okvira. Zdi se, da je variabilnost v opredeljevanju okvira zdravljenja odvisna od značilnosti pacienta in terapevta, njune interakcije, terapevtove teoretične usmerjenosti ter statusa terapevtske zveze. Na primer, obstajajo izjeme v opredelitvi okvira zdravljenja v programih za zdravljenje zlorabe alkohola in drog, v bolnišničnem okolju ter v določenih kognitivno vedenjskih terapijah. Toda vsak terapevt mora obdržati primeren okvir zdravljenja z vsemi pacienti. Ko pride do izjem v mejah okvira, mora to biti v pacientovo dobrobit. Preseganje prepoznavnih meja in njihova prilagoditev lahko nudi pomembne uvide v konfliktna vprašanja tako za terapevta kot za pacienta (Gutheil in Sinom, 2002). Nevarnost za zdravljenje nastopi, kadar preseganje meja postane njihovo kršenje, ki s časom pridobiva na pogostosti in teži.

Glede na to, da smernice o mejah ohranjajo integriteto zdravljenja in ščitijo tako terapevta kot pacienta, zagovorniki zdravljenj, ki kršijo splošno sprejete smernice o mejah, tvegajo prizadejanje škode pacientu in pravne posledice. Psihatrija je odprta za inovativne metode zdravljenja, ki ponujajo upanje za pomoč duševno bolnim, zato ohranjanje temeljnih meja zdravljenja samo po sebi ne bi smelo ovirati uvajanja terapevtskih inovacij. Ravno nasprotno, izvajanje inovativnih oblik zdravljenja na način, ki je v splošnem znotraj sprejetih meja, bi moralo predstavljati dodatno kredibilnost (Simon, 1993). Psihiatri, ki delujejo znotraj manjših skupnosti in v ruralnem okolju, morajo tu in tam neizogibno prilagoditi meje okvira zdravljenja, da ne bi izgubili integritete v razmerju zdravnik – pacient (Simon in Williams, 1999).



Prepoznanje kršitve meja okvira zdravljenja v njeni zgodnji fazi je temeljna pristojnost in naloga terapevta. Obstajajo temeljne smernice o teh mejah, če izvzamemo izjeme, ki jih v splošnem priznavajo in sprejemajo terapevti širokega spektra usmeritev (gl. tabelo 10.3; Simon, 1991). Temeljni klinični, etični in pravni principi, ki predstavljajo osnovo o mejah, so naštetí v tabeli 10.4.

Izkušenim terapevtom in tistim z nizko stopnjo kompetence ali nepopolno izobrazbo bo koristilo, če se naučijo zgodnjega prepoznavanja kršitve meja. Terapevti, ki skušajo naivno igrati »starševsko« vlogo svojim pacientom, neizogibno prekoračujejo meje okvira zdravljenja, ker se odprto vključujejo v življenja svojih pacientov. Drugi se spet mazohistično predajajo neskončnim zahtevam nekaterih pacientov in so nezmožni ogniti se napredujočemu kršenju meja. Deviantne meje okvira zdravljenja škodijo pacientom na različne načine, najpogosteje tako, da vodijo v nevestno diagnosticiranje in zdravljenje, tudi če ne pride do spolnih odnosov med terapevtom in pacientom.

Ne glede na to, kako težak je pacient in koliko preizkuša meje, vedno je terapevtova odgovornost zadržati njihovo primernost. V kolikor tega ni zmožen, bi moral pacienta napotiti k primernemu terapevtu. Izvajanje terapije se zdi nemogoča naloga, saj popolna terapevt in terapija ne obstajata. A poznavanje lastnih meja dela na pogled nemogočo nalogo lažje.

Freud je opredelil načelo vzdržnosti, ki pravi, da se morajo psihiatri vzdržati lastnega koristiljublja na račun pacienta. Načelo vzdržnosti je temeljno načelo, ki nastopa v osnovnih smernicah o mejah. Terapevtov glavni vir osebnega zadovoljstva je profesionalna nagrada, ki izhaja iz psihoterapevtskega procesa ter zadovoljstvo, ki ga dobi s tem, ko pomaga pacientu. Materialno zadoščenje, ki ga je terapevtu dovoljeno sprejeti od pacienta, je plačilo strokovnih uslug. Vzporedna z načelom vzdržnosti je dolžnost nepristranskosti, ki narekuje, da se morajo terapevti v prid ohranitve pacientove avtonomije in samoopredeljenosti izogibati vpletenosti v osebna življenja svojih pacientov. Odnos med pacientom in terapevtom je po svoji naravi zasnovan na zaupanju in zahteva od terapevta, da deluje v skladu z interesi, ki so za pacienta najboljše. Spoštovanje človekovega dostojanstva je temeljna prvina vseh smernic o spoštovanju meja.

Tabela 10.3 Smernice o mejah za psihoterapijo

- Ohranjanje relativne terapevtove nevtalnosti.
- Spodbujati pacientovo psihološko avtonomijo.
- Zaščititi zaupnost.
- Pridobiti informirani pristanek na zdravljenje in za postopke zdravljenja.
- S pacienti imeti verbalno interakcijo.
- Zagotoviti, da s pacientom ni bilo predhodnega, ni sedanjega in ne bo bodočega osebnega odnosa.
- Minimizarati telesni stik.
- Ohraniti relativno anonimnost terapevta.
- Zavzeti stabilno stališče o ceni storitev.
- Nuditi trajno, privatno in poklicno okolje.
- Opredeliti čas in trajanje terapevtskih srečanj.

Že bežen pogled na tabelo lahko terapevtu pomaga pri prepoznavanju morebitnih kršitev meja. Prvo vprašanje, ki bi si ga morali zastaviti terapevti, je, ali služi poseg v zdravljenju v

dobrobit terapevta ali v namen pacientovega zdravljenja. V kolikor se zdi, da poseg služi v dobro terapevta, se poraja vprašanje, ali ni ta poseg le eden od členov v verigi kršitev meja. Pritrdilen odgovor na katerokoli od teh vprašanj pomeni za terapevta opozorilo o nujnosti takojšnje prekinitev kršenja meja in začetka izvrševanja korektivnih ukrepov.

Epstein in Simon (1990) sta razvila »indeks izkoriščanja«, ki ga lahko terapevti uporabljajo kot zgodnji pokazatelj in opozorilo o kršenju meja v zdravljenju. V raziskavi s 532 psihiatri, ki so izpolnili »indeks izkoriščanja«, je 43 % vprašanih izjavilo, da sta jih eno ali dve vprašanji opozorili na kršenje meja, 29 % jih je izvedlo določene spremembe v načinu zdravljenja (Epstein idr., 1992). Gutheil in Simon (1995) sta povzela, da do prvih kršitev meja pride na koncu seanse »med stolom in vrati«. Tako pacient kot terapevt lahko prideta v skušnjava, da odvržeta svoji težki vlogi in se spustita v običajen socialni odnos. Ta »prehodni prostor« je treba pazljivo nadzirati zaradi možnosti pojava začetnega kršenja meja. Kot pravilo bi lahko vzeli, da se terapevtsko srečanje konča z dejanskim odhodom pacienta in ne prej.

Tabela 10.4 Načela, ki tvorijo osnovne smernice o postavljanju meja.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pravilo vzdržnosti.</b></li> <li>• <b>Dolžnost nevtralnosti.</b></li> <li>• <b>Pacientova avtonomija in samoopredelitev.</b></li> <li>• <b>Zaupen odnos.</b></li> <li>• <b>Spoštovanje človeškega dostojanstva.</b></li> </ul> |
|--|

### **Delo s transferjem in kontratransferjem v terapiji**

Pacienti, ki iščejo psihiatrično oz. psihoterapevtsko zdravljenje, doživljajo umsko in čustveno trpljenje, ki ima lahko za posledico zmanjšano zmožnost za razsodnost in sprejemanje odločitev. Še več, terapevta lahko doživljajo kot vir upanja in ozdravitve. V takšnih okoliščinah se razvija transfer, ki ga zaznamuje pričakovanje dobrohotne pomoči ter zdravljenja in je pod močnim vplivom predhodnih želj po negi in pomoči. Pacient pogosto idealizira terapevta kot izključno dobrega in negujočega starša.

V povezavi s strahom pred izgubo novo pridobljene idealizirane starševske podobe dela dobronamerni transfer pacienta ranljivega in dovzetnega za izkoriščanje s strani terapevta (Simon 1994b, 1994c). Dobronamerni transfer je pogosta psihološka reakcija, ki jo v večji ali manjši meri doživljajo praktično vsi pacienti in ga je treba razlikovati od intenzivnih transfernih reakcij, ki se pri nekaterih pacientih razvijejo pri intenzivni psihodinamični psihoterapiji ali psihoanalizi.

Transferji pogosto niso takšni, kot se zdijo. Tako kot sanje imajo transferji manifestno in latentno vsebino. Freud je poudaril, da moramo »transferno ljubezen« v zdravljenju razumeti kot specifičen fenomen, ki glede na način nastajanja ni enak izkušnji zaljubljanja izven terapije. Freud (1914/1968) je prišel do zaključka, da mora klinični zdravnik »razumeti, da je pacientova zaljubljenost inducirana z analitično situacijo in je ne sme pripisati privlačnosti njegove lastne osebnosti, zaradi česar nima nikakršne osnove za ponos na tako 'osvajanje' v smislu, kot bi to bil izven analize« (str. 160–161). Mnogi pacienti se v svojih pomembnih odnosih počutijo prikrasane za nego in čutenja. Za močnimi hrepenenji po »ljubezni« lahko preživijo občutki jeze in

maščevalnost.

Ko pride do spolnega odnosa med terapevtom in pacientom, njun odnos prežamejo čustveni konflikti. Pacienti so skoraj praviloma nezadovoljni s spolnimi zvezami s terapevti, deloma tudi zaradi tega, ker so njihova transferna pričakovanja zelo konfliktna in nerealistična. Pacienti, ki so bili spolno izkoriščani, običajno iščejo tople, negujoč odnos. V takem primeru se spolnost v terapiji in izven nje prelevi v golo sredstvo izražanja teh hrepenenj. Terapevti so običajno sposobni le nezadovoljivih spolnih odnosov, tako zaradi lastnih kontratransfernih problemov kot tudi drugih osebnih konfliktov. Psihoanalitičarka Frieda Fromm - Reichmann je (v mogoče neprimerni šali) izjavila: »Ne imejte spolnih odnosov s svojimi pacienti, samo razočarali jih boste.«

Čprav je za kateregakoli zdravnika neetično spustiti se v spolno razmerje s svojim pacientom, so v tem pogledu strokovnjaki na področju duševnega zdravja v posebno odgovornem položaju. V nasprotju s splošnim zdravnikom, ki intuitivno deluje v okviru pozitivnega transferja, ki nudi pacientu upanje in podporo, terapevt pogosto dela neposredno s transfernim fenomenom kot terapevtskim orodjem. Čprav lahko terapevt v okviru terapevtske strategije spodbuja razvoj transferja, se – za dobrobit pacientove terapije – od njega pričakuje, da ima pod nadzorom kakršnekoli kontratransferne občutke. Namerno poslušanje in skrb že sama po sebi predstavljata zapeljivo proces za pacienta in terapevta.

Na žalost so kontratransferne občutke, še posebej tiste z erotičnim nabojem, nekateri terapevti povezali z neprimernim vodenjem pacientovega zdravljenja in se na njih gleda s sramom in nelagodjem. Dela Winnicotta (1949), Heimanna (1950) in Littla (1951) so vzpodbudila številna dela, usmerjena v načelo, da je lahko pravilno voden kontratransfer uporabljen kot pomembno terapevtsko orodje. Psihiatrična literatura na to temo poudarja, da lahko neprepoznavanje terapevtovega kontratransferja škodi tako terapevtskemu procesu kot tudi pacientu. Koncept transferja in kontratransferja ni stvaritev »vernika« ali klinika, ki izvaja psihodinamično psihoterapijo. Kršenje meja in izkoriščanje pacienta je pogosto posledica neustreznega dela s pacientovim transferjem in terapevtovim kontratransferjem, kar nas navaja na misel, da kontratransferni odgovori nastajajo v predvidljivih koherentnih vzorcih. Terapevti vseh usmeritev bi morali prepoznati in primerno ravnati s kontratransferjem (Betain idr., 2005).

Pope in sodelavci (1986) so izvedli raziskavo s 575 psihoterapevti in ugotovili, da jih je 87 % (95 % moških in 76 % žensk) občutilo spolno privlačnost do svojih klientov, a se je samo 9,4 % moških in 2,5 % žensk počutilo krivih, tesnobnih ali zmedenih spričo nje. Tower (1956), ki je te občutke poimenoval kontratransferna anksioznost, je menil, da skoraj vsi terapevti doživljajo erotične občutke in vzgibe do svojih pacientov. Velika večina (82 %) anketirancev v raziskavi Popa in sodelavcev ni nikoli resno razmišljala, da bi imela spolno razmerje s pacientom. Kot razlog so navajali, da je spolnost med terapevtom in pacientom neetična, da bi bila škodljiva za terapijo in izkoriščevalska, da bi bila nestrokovna, da bi bila v nasprotju s terapevtovimi vrednotami zaradi aktualne odgovornosti v odnosu in da bi bili lahko obsojeni in izgubili ugled. Ta raziskava je potrdila aksiom: slab človek dela tisto, o čemer dobri sanjarijo (Simon, 1996).

Vprašanje pacientovega transferja in sposobnosti pristanka na spolno zvezo s terapevtom se pojavlja v civilnih tožbah in pri kazenskem pregonu terapevta (Simon, 1994b, 1994c). Čprav na terapevta usmerjen transfer ne preprečuje pacientu, da razume, da je med njim in terapevtom spolna zveza, lahko transferne reakcije škodujejo pacientovi sposobnosti, da oceni težko psihično poškodbo, ki bo najverjetneje sledila spolnemu odnosu med njim in terapevtom. Toda tu ni sporno vprašanje prisotnosti ali odsotnosti pacientove privolitve. Terapevtovo kršenje zaupanja

predstavlja težišče protipravnega dejanja.

Precejšnje število primerov spolnih prekrškov ni rezultat slabe obdelave transferja ali kontratransferja. Psihoterapevti z značajskimi motnjami, ki kažejo težke narcisoidne, mejne, asocialne ali deviantne značajske poteze, spolno izkoriščajo paciente (gl. tabelo 10.5). Podobno lahko poskušajo tudi pacienti s težkimi značajskimi motnjami zavesti terapevta v spolno zvezo z njimi. Pacienti, ki so bili v preteklosti zlorabljeni, bodo najverjetneje preizkušali meje okvira zdravljenja. Ne glede na to se od terapevta pričakuje, da tudi v teh težkih primerih zadrži meje okvira zdravljenja. Pacienti, žrtve spolnega izkoriščanja, niso krivi za spolni prestopok svojega terapevta.

Tabela 10.5 Osebnostni profil tipičnega terapevta, ki zaide v spolni stik s pacienti.

|  |
|--|
| <p><b>Starost: 40. in 50. leta</b><br/> <b>Spol: moški</b><br/> <b>Družinska konstelacija: otroci v najstniški dobi, težaven zakon</b><br/> <b>Medicinski simptomi: kronični, niso življenjsko nevarni</b><br/> <b>Psihološki simptomi: depresija, motnje spanja, zloraba alkohola in drog</b><br/> <b>Poklicna praksa: »izgorel«, nezadovoljiva</b><br/> <b>Narava pacientov: skorajšnja izguba, odvisnost, predhodno spolno/telesno zlorabljanje</b></p> |
|--|

### Spolne zveze s pacientom po končani terapiji

Izrek »enkrat pacient, vedno pacient« opisuje moder pristop v odnosih z bivšimi pacienti. Ko pacienti dokončajo terapijo, jim lahko nadaljevanje pozitivnega transferja pomaga pri ohranjanju doživljenjske psihične stabilnosti. Odnos s terapevtom, čeprav le socialni, lahko razplamti stare konflikte, ki pacienta destabilizirajo. Tako lahko pacienti v krizi potrebujejo dodatno zdravljenje. Terapevti bi morali sprejeti »strategijo zaprtih vrat«, ki poudarja, da ko pacient stopi skozi terapevtova vrata, ta za osebni odnos ostajajo za vedno zaprta.

Številne države predpisujejo civilno (ne pa tudi kazensko) odgovornost za psihoterapevte, ki se spustijo v spolno zvezo z nekdanjim pacientom (Bisbing idr., 1995). Nekatere odredjajo omejeno obdobje »ohlajanja« po končanem zdravljenju (običajno 1 do 2 leti), v katerem je spolna zveza med terapevtom in nekdanjim pacientom prepovedana. Glede na to, da spolna zveza s pacienti v 98 % primerov nastopi znotraj obdobja enega leta od kliničnega stika, to obdobje prepovedi zajame večino primerov spolnih zvez po zaključku zdravljenja (Gartrell idr., 1986). Nekatere druge države ne predpisujejo jasne meje dovoljenih odnosov, temveč se naslanjajo na funkcijske (čeprav neopredeljene) kriterije, na primer ali je pacient ostal čustveno odvisen od psihoterapevta, medtem ko tretje zahtevajo dosmrtno prepoved.

Čeprav morda ni nezakonito, da ima psihoterapevt spolno zvezo z bivšim pacientom po preteku obdobja prepovedi, pa je to vseeno lahko neetično. Primer: pacient morda ni oddelal predvidenega terapevtskega obdobja, ampak je zdravljenje prekinil. Etična kršenja, ki vključujejo spolnost z bivšim pacientom, pogosto opozarjajo na verjetno prisotnost drugih deviacij v terapevtskem procesu, ki so lahko pacientu škodovale že v času zdravljenja. Za prijavo etične

pritožbe s strani bivših pacientov ni roka zastaranja.

Appelbaum in Jorgenson (1991) sta predlagala enoletni rok po prenehanju zdravljenja, ki »bi moral minimizirati probleme in dovoliti nekdanjim pacientom in terapevtom prehod v intimne odnose«. Ko bi bilo sprejeto, bi to stališče verjetno porušilo meje zdravljenja v samem začetku. Kakšna odstopanja v mejah okvira zdravljenja bi lahko nastopila, če bi terapevt že od samega začetka zdravljenja gledal na pacienta kot na mogočega spolnega partnerja? Ali bi terapija postala dvorjenje? Ali bi bila terapija prezgodaj zaključena, da bi lahko prišlo do spolne zveze? Tudi če do nje ne pride, bi že samo vzdrževanje možnosti zanjo vodilo v kršitev meja in s tem škodovanje pacientu. Klinično je nesprejemljivo, da terapevt misli, da lahko ohrani primerne meje v zdravljenju in hkrati ohrani možnost, da v prihodnosti stopi v spolno zvezo s pacientom. Tako od samega začetka zdravljenja ostaja kot najboljše terapevtovo stališče: »Enkrat pacient, vedno pacient.«

## **Delo s spolno zlorabljenim pacientom**

### *Prijava spolnega prekrška*

Prijave domnevnih spolnih prekrškov drugih terapevtov, ki temeljijo na izjavah pacientov, so obremenjene s kompleksnimi kliničnimi, etičnimi in poklicnimi dilemami. Za terapevte predstavlja zahteva po obveznem prijavljanju konfliktno vlogo, ki lahko postavi pod vprašaj terapevtske intervencije z izkoriščanim pacientom. Nekatere države predpisujejo obvezno prijavo (Bisbing idr., 1995), vendar se v večini teh držav prijava ne more izvesti brez pacientove privolitve. Pri zdravljenju in delu s spolno izkoriščanimi pacienti je nujna klinična prilagodljivost. Kadar je pacient terapevt, ki poroča o tem, kako on sam izrablja paciente – ali ne nastopi tedaj, tako kot v primeru Tarasoff, dolžnost, da se opozorijo in zaščitijo ostali terapevtovi pacienti? Na drugem mestu so razdelana konfliktna etična vprašanja, povezana s porušenim zaupanjem in potencialne dolžnosti kot v primeru Tarasoff, in ki se porajajo ob odkritju nadaljevanja spolnega izkoriščanja s strani terapevta – kršitelja (Simon, 1992a).

### *Etika*

*Principi medicinske etike z opombami o uporabi v psihiatriji* (Ameriško psihiatrično združenje, 2001) svetujejo psihiatrom, da »si morajo prizadevati k razkritju tistih zdravnikov, ki imajo pomanjkljiv značaj ali strokovnost« (str. 5, odlomek 2). In ne samo to, zakoni o obveznem prijavljanju, ki obstajajo v nekaterih državah, zahtevajo od zdravnikov, da prijavljajo svoje pomanjkljive kolege. Breme prijave informacije o pomanjkljivih zdravnikih najpogosteje prevzemajo ustanove zdravstvenega varstva. V mnogih državah pa so zdravniki sami dolžni prijaviti nevestne kolege, čeprav se ta dolžnost razlikuje v širokem razponu (Petty, 1984). Psihiater je primoran v potencialno konflikten položaj, ker mora tudi sam ohraniti pacientovo zaupnost.

Ta konflikt vlog je toliko bolj izražen, če je zahteva za prijavo spolne zlorabe s strani terapevta v nasprotju s pacientovo željo. Večina predpisov o prijavljanju pred prijavo oblastem zahteva pacientovo privolitve. Ni potrebno, da predpisi o prijavljanju vsebujejo odredbe o izjemah, ki bi terapevta ščitila pred sodnim postopkom. V takih težkih primerih je treba nujno zaprositi za forenzično in pravno mnenje.

### *Odkrivanje spolnega prekrška*

Pacient bo najverjetneje prvokrat razkril podatke o spolni zvezi s predhodnim terapevtom v terapiji z novim. Veliko redkeje spolno izkoriščanje pacienta prijavi terapevt storilec, ki začne lastno zdravljenje zaradi tega dogodka ali iz kakršnegakoli drugega razloga. V preteklosti so se take izjave pacientov pojmovala kot transferno izkrivljanje oziroma psihotični transfer. Ne le, da se pacientom ni verjelo, obtoženi so bili spolne vpletenosti s terapevtom. Danes sta strokovna pozornost in zavest o problematiki spolnih prekrškov na visoki ravni, še več, stvari so se zasukale celo v nasprotno smer, da se ne verjame niti nedolžnemu terapevtu, ko se brani obtožb za spolni prekršek, ki ga ni storil. Neresnični dokazi o nedolžnosti, ki jih predoča terapevt, ki je pravzaprav naredil prekršek, se lahko izničijo z dokazi o vpletenosti, kot so številna kršenja meja v kombinaciji s pismi, fotografijami, telefonskimi izpiski in hotelskimi evidencami.

### *Pacientova potreba po terapiji*

Nekateri terapevti priporočajo, da zavzame psihiater, ki izve za spolni odnos med terapevtom in pacientom, trdno mesto zagovornika spolno zlorabljenega pacienta. Toda nasproti temu obstajajo močni argumenti za terapevtovo nevtralnost (Simon, 1992b). Ta položaj ne napeljuje na izogibanje strokovni odgovornosti ali razvrednotenje pacientove trditve. Pacient je zaključil odnos s terapevtom, v katerem sta svoje probleme oba izživela skozi spolnost. Pacient je bil običajno prizadet in zdaj potrebuje terapijo še toliko bolj kot prej.

Nov odnos z drugim terapevtom mora biti osredotočen na ponovno vzpostavitev zaupanja in razvoj terapevtskega odnosa, sicer ni mogoče nikakršno zdravljenje. Pacient mora razumeti psihološko pomembnost spolne vpletenosti s predhodnim terapevtom. Ko terapevti postanejo svojim pacientom zagovorniki, jih ponovno angažirajo skozi akcijo. Za uspešno zdravljenje potrebuje pacient manj akcije in več časa za razmišljanje, čutenje in refleksijo. Sodni postopek lahko pomeni za pacienta in terapevta le še eno obliko izpostavljanja (acting out). Pacient lahko, na primer, sproži sodni spor, da bi lahko obdržal stik s predhodnim terapevtom. Terapevta običajno vodijo osebni motivi, da pacientu priporoči nadaljevanje sodnega postopka.

### *Izogibanje konfliktnim vlogam*

Vprašanje, ki bi se ga morali najprej dotakniti v zdravljenju, je, ali bi pacient moral sprožiti proces proti nekdanjemu terapevtu ali ne. Terapevtove nevtralnosti ne smemo napačno razumeti kot poklicne zaveze molčečnosti. Pacient se lahko upravičeno boji, da bi s prijavo terapevtovega spolnega prekrška ogrozil svoj zakon, službo ali otroke, in on je tisti, ki mora na koncu odločiti, ali se je pripravljen soočiti s čustvenim bremenom etičnega prigovora ali sodnega postopka. Pravo je resnicoljuben, a neugoden instrument, ki ga označujejo obtoževalen ton, finančno breme, razvrednotenje in časovno prelaganje. Pacient vsaj na začetku morda ne bo želel zahtevati odškodnine iz več razlogov, najprej zaradi občutka krivde in sramu, pa tudi zaradi še obstoječega občutka ljubezni in hrepenenja do predhodnega terapevta.

Do konflikta vlog pride, ko je pacient obremenjen s kontradiktornim postopkom zaradi terapevtove potrebe po prezračitvi osebnega zgražanja oziroma zastopanja potreb same stroke za čistko v svojih vrstah. Še več, pacient morda ne bo sposoben izraziti sovražnih občutkov do novega terapevta, ko ta prevzame vlogo njegovega zagovornika. Temu primerno mora biti terapija kar se da prosta konfliktnih vlog novega terapevta. Žrtev je pacient in ne terapevt, zato mora terapevt prepoznavati in obvladovati svoje osebne občutke glede domnevnih prekrškov



predhodnega terapevta, da ne bi škodoval pacientovemu zdravljenju. Zlorabljeni pacienti lahko ponovno zlorabijo novi terapevti, ki ga poskušajo »rešiti« in izničiti travmo, ki jo je povzročilo prvotno spolno izkoriščanje. Terapevt lahko prekorači meje, da bi pacientu dokazal, da zasluži njegovo zaupanje. Posledice tega so resna in škodljiva kršenja teh meja.

### *Kriv ali nedolžen?*

Terapevt, ki se vede kot pacientov zagovornik, mora dobro razmisliti o nekaterih drugih kritičnih vprašanjih. Psihiatri, ki opustijo pozicijo nevtralnosti, ko izvejo za spolni prekršek terapevta, se lahko znajdejo v položaju, ko jih lahko sodnik ali porota ocenijo kot nezanesljive (Shuman in Greenberg, 2003). Klinične izkušnje so pokazale, da nekateri pacienti razvijejo močne, erotizirane, psihoične transferje, ki vsebujejo elemente blaznosti (erotomanskega tipa) o spolni vpletenosti s svojim terapevtom. Poročila o krivih tožbah zaradi spolnih prekrškov proti strokovnjakom na področju duševnega zdravja so redka, a se pričakuje njihov porast (Schoener idr., 1989). Domneva se, da bo klinična presoja razlikovala dejstva od fikcije, toda ali je to res mogoče? Obstajajo tudi maščevalne, asocialne osebe, ki bi rade terapevta oklevetale z obtožbami o spolni vpletenosti zaradi stvarnih ali namišljenih žalitev ali prigovorov.

### *Forenzična konzultacija*

Stone (1984) je dal koristne napotke novim terapevtom, ki se soočajo s pričanji pacientov o spolnem izkoriščanju s strani predhodnega terapevta in jim svetujejo pomoč forenzičnega svetovalca, ki je domač na področju pravnih in etičnih vprašanj. Ti napotki lahko pomagajo pacientom, ki ne morejo rešiti svojih težav zgolj v okviru terapije. Prav tako nekateri pacienti morda ne bodo sposobni sprejemati terapevtove nevtralnosti in bodo tako stališče doživljali kot obtožujoče ali zavračajoče. Svetovalec bo morda skušal zavzeti rahlo aktivnejše stališče pri zastopanju pacienta, v kolikor je to zanj sprejemljivo. Problematično pa ostaja vprašanje obsega, v katerem lahko svetovalec pripomore ali oteži napredovanje pri terapiji pacienta. Če je potrebno, lahko prijavo izvede forenzični svetovalec ter tako prihrani terapevtu konflikten odnos s pacientom.

### *Terapija ali sodni postopek?*

Bo za pacienta sodni postopek predstavljal breme ali dobrobit? Ali nevarnost sekundarne viktimizacije in sekundarne pridobitve/simuliranja prevladajo nad morebitnimi koristmi sodnega postopka v smislu krepiteve pacienta – tožnika ali zagotovitve sredstev za nadaljevanje njegovega zdravljenja (Schafran, 1996)? Ali ima pacient realna pričakovanja od sodnega postopka? Je pacient dovolj psihološko stabilen, da bo prenesel zahteve sodnega postopka? Kakšen je možen učinek sodnega postopka na terapijo, vključno z izgubo zaupnosti, za terapevta konfliktno vlogo ter časovne zahteve do pacienta? Vse to so pomembna vprašanja, ki nimajo enega samega pravičnega odgovora in jih je treba v terapiji razdelati za vsak primer posebej.

### *Zavarovanje pred strokovno napako*

Večina zavarovalnic, ki nudi zavarovanja pred strokovno napako, skuša z načelnim zavračanjem kritja stroškov v primeru naklepne ali kriminalnega dejanja izločiti iz obsega zavarovanja civilne tožbe zaradi spolnega prekrška. Z namenom, da bi zavarovanje krilo zgolj nenamerne strokovne napake, zavarovalnice predvidevajo, da spolnost ni predmet strokovne prakse in kot taka ne more predstavljati strokovne medicinske napake. Stališče Ameriškega psihiatričnega združenja o preprečevanju spolnih prekrškov je privedlo do nekritja primerov spolnih prekr-

škov članov združenja iz naslova zavarovanja pred strokovno napako. Društvo za zavarovanje iz naslova odgovornosti se bo pogosto branilo pred tožbo za spolno izkoriščanje s pridržanjem pravice in vložilo drugo tožbo, s katero bo poskušalo doseči razveljavitev primarne, češ da njen predmet ne sodi v obseg zavarovalne police.

### *Preventiva*

Terapevt, ki je osebno zapleten s pacientom, ima na voljo številne preventivne možnosti:

- Prepoznati začetno kršenje meja. Do tega lahko pride, ko terapevt zazna, da so pacienti spolni občutki usmerjeni nanj osebno in ne temeljijo na vlogi terapevta. Poiskati je treba posvet (konzultacijo) ali osebno terapijo.
- Prepoznati začetno kršenje meja z uporabo principa abstinence. Terapevtova zadovoljitev bi na prvem mestu morala izhajati iz zadovoljstva s terapevtskim procesom in iz pacientove psihološke rasti, ne pa, da jo terapevt dobi neposredno od pacienta.
- Če spolni občutki ovirajo terapevtovo sposobnost, da pravilno zdravi pacienta, ali čuti potrebo po njihovem izražaju, je treba nujno poiskati posvet ali pacienta napotiti drugam.
- Terapevtova vpletenost s pacientom najverjetneje nastaja postopno. Terapevt ima običajno na razpolago dovolj časa, da si priskrbi pomoč. Če pride do progresivnega kršenja meja, ki ga ni mogoče popraviti s terapijo, je treba pacienta napotiti drugam.
- Treba se je posvetovati z zaupnim kolegom, morda mentorjem, ki lahko pomaga pri izhodu iz kritičnega stanja.
- Kadar obstaja nevarnost osebne vpletenosti s pacientom, je treba pazljivo razdelati psihiatrično oceno in psihoterapijo.
- Za terapevta je najpomembnejša njegova skromnost. Nekateri pacienti lahko terapevtu predstavljajo posebno težavo ali osebni problem. Treba je odprto priznati terapevtovo omejeno zmožnost, da zdravi določene paciente. Priznati osebne in psihoterapevtske omejitve je moč in ne slabost. Take paciente moramo napotiti drugam.
- Če je terapevt očaran nad telesno lepoto ali privlačnimi osebnimi kvalitetami novega pacienta, mora resno razmisliti, ali bi bilo primerno začeti terapijo z njim. Začetni odziv na pacienta v smislu »kje si bil/-a ves ta čas mojega življenja« je nedvoumen pokazatelj bodočih težav. Psihoterapija je dovolj zahtevna dejavnost tudi brez tovrstnih oteževalnih občutkov.
- Napake pri delu s transferjem so strokovno tveganje vseh psihoterapevtov, zato bodite pozorni.
- Kontratransferno zavzemanje starševske vloge v odnosu do pacienta je obsojeno na propad. Poskus ponovnega starševstva paciente le očara, a jih ne zdravi. Naloga terapije ni ustvariti privid blagostanja, temveč pomagati pacientom, da izživijo žalost zaradi izgub in nadaljujejo svoje življenje (Simon, 1994b, 1994c). Pretresljiv odlomek iz *Rubaij* Omerja Khayyama (Khayyam, 2003) nas spominja, da svoje preteklosti ne moremo ponovno napisati:

*The Moving Finger writes; and having writ  
 Moves on: nor all your Piety nor Wit  
 Shall lure it back to cancel half a Line,  
 Nor all your Tears wash out a Word of it.*  
 (kitica 71)

Pero piše, in ko napiše, nadaljuje naprej:  
 Niti vsa tvoja vera niti iznajdljivost ga ne premami,  
 da bi se vrnil in izbrisal pol vrstice,  
 in vse tvoje solze ne izperejo ene same besede.

- Kadar poizkuša terapevt v pacientovem življenju igrati starševsko vlogo, pogosto pride do številnih kršenj meja, ki škodujejo zdravljenju. Izrabljanje pacienta je lahko namerna posledica terapevtove vloge ponovnega starša, s katero se brezupno zapleta v pacientovo življenje.
- Izkoriščanje pacienta ni omejeno zgolj na spolni odnos. Enako pogosto nastopa tudi izkoriščanje zaradi denarja, pridobitve »notranjih informacij«, socialnih stikov, osebnih uslug, prijateljstva – če naštejemo le nekatere oblike.

Psihiatrična praksa je lahko osamljena, težka in izolirana dejavnost. Stiki s kolegi so lahko za terapevte, ki delajo sami, zelo redki. Izpolnjeno življenje, ki nudi terapevtu osebna zadovoljstva izven terapije, deluje kot blažilec pred dovzetnostjo za izkoriščanje pacienta. Ljubezenski odnosi, prijatelji, hobiji, rekreacija in telesna aktivnost lahko pomagajo dovzetnim terapevtom, da se uprejo težnji, da živijo za svoje paciente ali z njimi.

## Literatura

- American Psychiatric Association: *The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Association, 2001.
- Appelbaum PS: Statutes regulating patient–therapist sex. *Hosp Community Psychiatry* 41: 15–16, 1990.
- Appelbaum PS, Jorgenson L: Psychotherapist–patient sexual contact after termination of treatment: an analysis and a proposal. *Am J Psychiatry* 148: 1466–1473, 1991.
- Betain E, Heim AK, Conklin CA, et al: Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 162: 890–898, 2005.
- Bisbing SB, Jorgenson LM, Sutherland PK: *Sexual Abuse by Professionals: a Legal Guide*. Charlottesville, VA, Michie, 1995.
- Borys DS, Pope KS: Dual relationships between therapist and client: a national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Prof Psychol Res Pr* 20: 283–293, 1989.
- Epstein RS, Simon RI: The Exploitation Index: an early warning indicator of boundary violations in psychotherapy. *Bull Menninger Clin* 54: 450–465, 1990.
- Epstein RS, Simon RI: Assessing boundary violations in psychotherapy: survey results with the Exploitation Index. *Bull Menninger Clin* 56: 1–17, 1992.
- Freud S: Observations on transference-love (1914), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth, 1968, pp 159–171.
- Gartrell N, Herman J, Olarte S, et al: Psychiatrist–patient sexual contact. Results of a national survey, I: prevalence. *Am J Psychiatry* 143: 1126–1131, 1986.
- Gutheil TG, Simon RI: Between the chair and the door: boundary issues in the therapeutic „transition zone“. *Harv Rev Psychiatry* 2: 336–340, 1995.
- Gutheil TG, Simon RI: Non-sexual boundary crossings and boundary violations: the ethical dimension. *Psychiatr Clin North Am* 25: 585–592, 2002.
- Heimann P: On countertransference. *Int J Psychoanal* 31: 81–84, 1950.
- Khayyam O: The rubaiyat, in: *Poetry for the Spirit: An Original Anthology of Insightful Po-*

ems. Translated by Fitzgerald E. NY, Barnes and Noble Books, 2003, pp 73–74.

Little M: Countertransference and the patient's response to it. *Int J Psychoanal* 32: 32–40, 1951.

Petty S: The impaired physician: a failed healer. *Leg Aspects Med Pract* 12: 5–8, 1984.

Pope KS: *Sexual Involvement With Therapists: Patient Assessment, Subsequent Therapy, Forensics*. Washington DC, American Psychological Association, 1994, pp 152–153.

Pope KS, Keith-Spiegel P, Tabachnick BG: Sexual attraction to clients. *Am Psychol* 41: 147–158, 1986.

Schafran LH: *Sexual harassment cases in the courts, or therapy goes to war: supporting a sexual harassment victim during litigation, in Sexual Harassment in the Workplace and Academia*. Edited by Shrier DK. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp 147–155.

Schoener GR, Milgrom JH, Gonsiorek JC, et al: *Psychotherapists' Sexual Involvement With Clients: Intervention and Prevention*, Minneapolis, MN, Walk In Counseling Center, 1989, pp 147–155.

Shuman DW, Greenberg SA: The expert witness, the adversary system, and the voice of reason: reconciling impartiality and advocacy. *Prof Psychol* 34: 219–224, 2003.

Simon RI: Sexual exploitation of patients: how it begins before it happens. *Psychiatr Ann* 19: 104–112, 1989.

Simon RI: Psychological injury caused by boundary violation precursors to therapist-patient sex. *Psychiatr Ann* 21: 614–619, 1991.

Simon RI: *Clinical Psychiatry and the Law*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992a

Simon RI: Treatment boundary violations: clinical, ethical and legal considerations. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 20: 269–288, 1992b.

Simon RI: Innovative psychiatric therapies and legal uncertainty: a survival guide for clinicians. *Psychiatry Ann* 23: 473–549, 1993.

Simon RI: *Sexual misconduct in the therapist-patient relationship, in Forensic Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Edited by Rosner R. New York, Chapman and Hall, 1994a, pp 154–161.

Simon RI: Transference in therapist-patient sex: the illusion of patient improvement and consent, part 1. *Psychiatr Ann* 24: 509–515, 1994b.

Simon RI: Transference in therapist-patient sex: the illusion of patient improvement and consent, part 2. *Psychiatr Ann* 24: 561–565, 1994c.

Simon RI: The natural history of therapist sexual misconduct: identification and prevention. *Psychiatr Ann* 25: 90–94, 1996.

Simon RI: *Bad Men Do What Good Men Dream: A Forensic Psychiatrist Illuminates the Darker Side of Human Behavior*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1996.

Simon RI, Williams I: Maintaining treatment boundaries in small communities and rural areas, *Psychiatr Serv* 50: 1440–1446, 1999.

Stone AA: *Law, Psychiatry, and Morality*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp 191–216.

The College of Physicians and Surgeons of Ontario: *The Final Report of the Task Force on Sexual Abuse of Patients: An Independent Task Force Commissioned by The College of Physicians and Surgeons of Ontario*. Ontario, Canada, The College of Physicians and Surgeons of Ontario, 1991.

Tower LE: Countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 4: 224–255, 1956.

Winnicott D: Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal* 30: 69–75, 1949.

**Pravne reference**

- Figueiredo-Torres proti Nickel, 321 Md. 642, 584 A.2d 69 (Md, 1990).  
Hare proti Wendler, 263 Kan. 434, 949 P.2d 1141 (Kan, 1997).  
Roy proti Hartogs, 81 Misc.2d 350, 366 N.Y.S.2d 297 (N.Y. City Civ.Ct, 1975), aff'd. 381 N.Y.S.2d 587 (1976).  
Tarasoff proti Dekanatu Kalifornijske univerze, 17 Cal.3d 425; 551 P.2d 334 (Cal. Rptr. 14, 1976).  
ZDA proti Willis, 737 F. Supp. 269 (S.D.N.Y. 1990).

**Zakoni**

- Cal. Bus. & Prof. Code § 2960.1 (2006).  
Cal. Civ. Code § 43.93 (2006).  
Fla. Stat. § 458.329 (2005).  
Minn. Stat. § 147.091, 147.141 (2005).  
Minn. Stat. § 148.A.02 (2005).  
Minn. Stat. § 148A.03 (2005).  
Minn. Stat. Ann. § 148A.02 West. Supp. (2005).  
Minn. Stat. Ann. § 609.344 (2005).  
Ohio O.R.C. Ann. § 2305.111 (2006).  
Tex. Civ. Prac&Rem. Code § 81.002 (2005).  
Va. Code § 54.1-2915(19) (2006).  
Wis. Stat. § 895.70 (2006).  
Wis. Stat. § 940.22 (2006).
-