

Autor: JoAnn Ponder, Texas, 2019

Překlad: Petr Malina

You Too, Me Too: Můj profesní rozvoj a transformace jako psychoterapeuta

Po dobu 17 let pracovala s dospívajícími muži, pachateli sexuálně motivovaných činů, v pobytové léčebně, ve které figuruje jako hlavní léčebný prostředek kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Současně absolvovala výcvik v psychoanalýze, jíž společně s psychodynamickou terapií provozovala v rámci své soukromé praxe a službu poskytovala dětem i dospělým. Následující článek mapuje cestu dvou profesních rolí, které jsou propletenější více, než se na první pohled mohlo zdát. Autorka uvažuje nad vlivem psychoanalýzy při práci s mladistvými pachateli a také nad tím, jak psychoterapeutická práce s delikventy ovlivnila terapeutky soukromou praxi. Autorka rozebírá také své poznatky z oblasti následků sexuální agrese, například, proč se některé oběti stanou pachateli a jiné nikoliv. Autorka předkládá případové studie ze své praxe, za použití pseudonymů svých klientů. Nakonec čtenářům nabídne řadu překvapivých skutečností, které se dozvěděla o sobě samé a změnily její sebeobraz v profesní rovině. Tyto zmíněné poznatky byli spouštěčem transformace v tom směru, že autorce osvětlily její slabá místa, původ její motivace stát se psychoanalytikem, profesní směřování a rozvoj vlastní osoby po stránce

profesní i psychologické. Autorka svým článkem usiluje o sdílení svých zkušeností a podporu dalších psychoterapeutů v jejich profesním rozvoji, přestože vnímá, že každý terapeut má svoji vlastní cestu.

Můj profesní rozvoj jako psychoanalytika a současně terapeuta sexuálních delikventů

Začala jsme se věnovat psychoanalýze a KBT v rámci doktorských studií, ale se zaměřením na psychoanalýzu jsem se setkala již během profesní stáže. Po absolvování stáže jsem nemohla najít klinické pracovní místo s odpovídajícími platovými podmínkami v blízkosti rodného města Austin v Texasu, proto jsem přijala pracovní místo psychologa v nápravném zařízení pro mladistvé delikventy v Texasu a zhruba po roce jsem našla pracovní uplatnění v nápravném zařízení s maximální ostrahou, které bylo blíž mému rodnému městu. Během práce se sexuálními delikventy jsem si nadále doplňovala vzdělání a splnila podmínky pro práci v rámci vlastní psychologické praxe. Pomocí mé dosavadní profesní dráhy a studií jsem si uvědomila, že práce se sexuálními delikventy je oproti jiným metodám psychoterapie velmi rozdílná. Tyto rozdíly podnítily celostátní posun ve specializované léčbě sexuálních delikventů v sedmdesátých a osmdesátých letech.

Podle Anny Salterové (1988), jedné z prvních průkopnic v léčbě sexuálních delikventů, byl posun v tomto odvětví léčby poháněn a) uvědoměním si rozsahu tohoto problému a b) zjištěním, že tradiční metody psychoterapie jsou v rámci léčby této cílové skupiny neefektivní. Jako součást tohoto vývoje vznikla v roce 1983 Texaská rada pro léčbu sexuálních delikventů (TCSOT) s cílem regulovat léčbu sexuálních delikventů a evidovat poskytovatele léčby této cílové skupiny. Webové stránky TCSOT vymezují hlavní rozdíly mezi léčbou sexuálních delikventů a jinými formami psychoterapie, z nichž nejvýznamnější je, že klientem v této léčbě není pachatel, ale komunita, přičemž bezpečnost komunity má přednost před ostatními aspekty. Další rozdíly lze spatřovat v tom, že léčba sexuálních delikventů je povinná, strukturovaná a zaměřená na oběť. KBT je jedním z povinné součásti léčby, která je zaměřena na delikventní chování. Terapeut nezůstává během léčby neutrální, neustále vštěpuje pachateli hodnoty a limity lidského chování ve vztahu ke společnosti.

Během své praxe v nápravném zařízení s maximální ostrahou jsem získala hodně poznatků o vrazilích a sexuálních delikventech. Po pěti letech jsem začala cítit syndrom vyhoření, mívala jsem špatné sny a obsesní myšlenky. Z nápravného zařízení jsem odešla s cílem otevřít si vlastní praxi, zároveň jsem si našla zaměstnání na částečný úvazek v léčebném centru poblíž Austinu. Toto léčebné centrum poskytovalo léčbu mladým mužům s emočními poruchami či poruchami chování. Někteří pacienti byli také sexuální delikventi. Toto zaměstnání mi poskytlo pravidelný, jistý příjem a zároveň možnost budovat si vlastní klientelu. Výhodou tohoto zaměstnání bylo, že pacienti, se kterými jsem se v této léčebně setkávala byli pachatelé méně vážných deliktů. Příjmy z léčebného centra jsem využila na financování psychoanalytického výcviku v rodinné, párové a dětské psychoterapii. Postupem času jsem začala působit jako prezidentka v místní psychoanalytické asociaci, zastávala jsem funkce v národních psychoanalytických organizacích, vystupovala jsem na konferencích, publikovala jsem články, napsala jsem knihu a vyučovala v psychoanalytickém institutu.

Je zřejmé, že moje profesní základy stojí na psychoanalýze. Ročně jsem absolvovala pouze minimální počet hodin vzdělávání, které byly potřebné pro udržení licence terapeuta sexuálních delikventů a nikdy jsem se nepřipojila k žádné asociaci, která se tímto druhem léčby zabývala. Konference o léčbě sexuálních delikventů měla značně odlišnou atmosféru od těch zaměřených na psychoanalýzu, účastnili se jich mimo jiné i ostatní zaměstnanci nápravných zařízení, nejen lékaři a terapeuti. Často docházelo ke kritice psychoanalytických přístupů, místo toho, aby se účastníci zabývali obhajobou prevencí relapsu a KBT. Sexuální fantazie a činy byly považovány za deviantní, pokud k nim docházelo pomocí nátlakového, násilného chování nebo jakkoliv jinak bez souhlasu. Masturbace s deviantní fantazií bylo považováno za posilující faktor a v podstatě za nácvik sexuálního deliktu.

Jak je uvedeno na webových stránkách TCSOT, filozofie léčby sexuálních delikventů je značně odlišná od psychoanalytického přístupu. Během léčby delikventů je soustředění zaměřeno na pozorovatelné chování a vědomé myšlení, naopak nevědomým procesům není věnována skoro žádná pozornost. Mnoho lékařů a terapeutů využívá léčebné příručky a komerční materiály, které mají delikventům pomoci s identifikací vlastních maladaptivních aspektů myšlení a s omluvou obětem. Vzhledem k tomu, že lhaní a popírání patří k význačným aspektům v myšlení pachatelů, často je využíván polygraf pro jejich lepší pochopení. Jiné názory však zpochybňují spolehlivost použití polygrafu. S ohledem k

rostoucímu vnímání rozdílů mezi léčbou dospělých a mladistvých byla řada léčebných metod při léčbě mladistvých odsuzována, toto je téma je tedy stále vyvíjející se specializací.

Přístupy využívané pro léčbu sexuálních delikventů pro mě byli méně komfortní než intervence psychodynamické. Nicméně na základě výzkumů je efekt léčby této cílové skupiny efektivní, ve skutečnosti měly všechny metody léčby pozitivní efekt, včetně KBT. Studie (Reitzel & Carbonell, 2006) potvrzovali mé dávné přesvědčení: Většina mladistvých pachatelů neroste, aby se stali dospělými zločinci. Další studie (McKillop, Rayment-McHugh, & Brohman, 2018) potvrzují fakt, že adolescenti a dospělí jsou dvě odlišné skupiny delikventů, jejichž motivace, zkušenosti a příležitosti se značně liší. Míra recidivy u mladistvých pachatelů je zhruba 7 % (Caldwell, 2010), což může být nicméně podhodnocené, jelikož řada trestných činů zůstává nevyřešena. Nicméně u většiny mladistvých pachatelů nezůstává škodlivé chování ukotveno až do dospělosti, léčba může pacientům vštípit nové dovednosti a způsoby, jak se vyrovnávat se svými problémy či nevhodnými emocemi.

Jako u ostatních terapeutických přístupů je i v rámci léčby prvořadý vztah mezi pacientem a terapeutem. Výzkumy prokazují, že úspěšnost psychoterapie závisí na povaze terapeutického vztahu bez ohledu na teoretickou základnu terapeuta. V léčbě sexuálních delikventů je nejvíce určující empatie a vřelost v kombinaci s direktivním a odměňujícím prostředím. Rozdíly v terapeutických přístupech existují, podstata je však velmi podobná. Postupem času jsem zjistil, že dokážu zachovat strukturu a filozofii léčby sexuálních delikventů, a přesto brát v potaz nevědomou motivaci a integrovat psychoanalytické modality.

Jako jediný certifikovaný terapeut sexuálních zločinců v léčebném centru, ve kterém jsem pracovala, jsem měla dostatek autonomie ve způsobech léčby. Byli zde léčeni chlapci mezi 11. a 17. rokem života, oproti standardně krátkodobým pobytům zde chlapci pobývali zhruba od jednoho do dvou let, tudíž jsem měla prostor pro dlouhodobou a intenzivní terapii složenou ze skupinových i individuálních sezení. Dlouhodobě zde pobývali chlapci zejména z toho důvodu, že si společnost nepřeje, aby neléčení sexuální delikventi pobývali na svobodě. Mé intervence byli založeny jak na přístupu KBT, tak i na přístupu psychoanalytickém.

Skupina pro sexuálně problémové chování probíhala pravidelně, byla nelimitovaná a založena na přístupech KBT. Mládež si procházela postupnou řadou terapeutických úkolů, týkajících se historie, sekvencí a eskalací sexuálně problémového chování; důsledků obtíží v dětství; myšlenkami a pocity spojenými s problémy a problémovými situacemi, včetně kognitivního zkreslení; faktorů ovlivňující výběr oběti; fantazií a plánování; důsledků vlastního chování pro ostatní; omluvné dopisy (nezasílané); vhodných způsobů zvládnání stresu a uspokojování vlastních potřeb. K jednotlivým krokům jsem přistupovala individuálně, a to s ohledem na aktuální chování a potřeby členů skupiny. Omezila jsem domácí úkoly, jelikož řada pacientů měla problémy s učením a byli znát rozsáhlé mezery ve schopnostech jednotlivých členů. Jednotliví pacienti se mohli pro pomoc obrátit na terapeuta během individuálního sezení, nebo na jakéhokoliv jiného zaměstnance, vůči kterému cítili důvěru. Věřím, že terapie vyžaduje bezpečné prostředí a terapeutovu nápomoc.

Skupinové diskuze zahrnovali témata jako lidskou sexualitu, sexuální orientaci. Strukturu KBT sezení jsem rozšířila o aspekty psychodynamické terapie, zaměřovala jsem se na obranné mechanismy nebo přenos. Zatím co KBT terapeuti kladou důraz na defektní myšlení a kognitivní zkreslení jako metodu odklonu od odpovědnosti za své chování, já se zaměřila na obranné mechanismy využívané pro únik od úzkosti nebo k posílení vlastního sebeobrazu. Mladíci rychle pochopili pojmy jako „vymlouvat se“, „vyhýbat se“ nebo „obviňovat druhé“. Zkoumali jsme také jevy podobné přenosu, a to při výběru oběti, při interakci s vrstevníky nebo při jednání s určitými členy personálu. Tyto a další techniky nám pomohly učinit nevědomí vědomým. S mládeží jsem pracovala tak, jak pracuji v rámci své soukromé praxe, v kanceláři jsem měla výtvarné potřeby, stolní hry a další. Následující příklad ilustruje problémy, se kterými jsem se setkávala v léčebně.

Třináctiletý „Billy“ se do léčení dostal za sexuální obtěžování šestiletého sousedá. V léčebně se choval svůdně vůči ostatním pacientům, byl vzdorovitý a často porušoval pravidla léčebny. Navazoval sexuální vztahy s ostatními, přestože tyto vztahy byly konsenzuální, jednalo se o porušení pravidel, které se mu dařilo porušovat i přes zvýšený dohled zaměstnanců. Během individuální terapie se svěřil se svými matnými vzpomínkami na sexuální obtěžování v koupelně ve svém domově. Nepamatoval si, co se přesně dělo a ani kdo ho sexuálně zneužíval. Když byl do léčebny o rok později přijat i jeho starší bratr, prozradil, že

za tímto sexuálním nátlakem stál jejich otec. Tato Billyho amnézie je typickým důsledkem traumatu. Billy později tvrdil, že ho jeho otec nebo strýc opakovaně sexuálně zneužívali, a to i v přítomnosti ostatních. Nechránili ho osoby, které ho zdánlivě chránit měli. Jeho chování jsem konceptualizoval jako posttraumatickou rekonstrukci s kompulzí k opakování. Billy se tedy identifikoval se svým agresorem (otcem) a inicioval sexuální chování s jinými chlapci i za přítomnosti zaměstnanců. Své chování opakoval s nevědomou motivací dosáhnout odlišného výsledku a tím zpracovat své trauma. Někteří si v rámci posttraumatické rekonstrukce vybírají oběť stejného věku, jako byli oni samotní, když k jejich traumatu docházelo. Billy začal zpracovávat své vzpomínky a pocity spojené s utrpením, získal větší náhled na své chování, a nakonec si uvědomil ztrátu, která ho zasáhla, když přišel o náhradní rodiče po tom, co sexuálně obtěžoval svého mladšího souseda.

Často je možnost do terapie zahrnout i rodinné příslušníky, což vzhledem k vzdálenosti nebylo možné u sedmnáctiletého „Joeho“, který se do této léčebny dostal po nevydařené předchozí léčbě. On a jeho sourozenci byli se dostali z rodiny, ve které otec sexuálně obtěžoval starší sourozence. Došlo k mezigeneračnímu přenosu traumatu a brzy poté, co byla skupina sourozenců adoptována byl Joe sexuálně zneužíván svým starším bratrem. Jeho bratr byl poslán na pobytovou léčbu. Naopak Joe byl na pobytovou léčbu poslán poté, co sexuálně zneužil svého mladšího bratra. Během léčby Joe identifikoval vnější i vnitřní faktory, které ho vedli spáchat sexuální delikt. Přiznal se, že ho vzrušoval strach, který viděl v očích svého mladšího bratra. Joe v rámci individuální terapie zpracoval své pocity spojené se sexuálním nátlakem, jako byl strach, hněv, bezmoc a zároveň cítil vinu za to, že svého staršího bratra poslal na léčení. Joe měl zájem se svým strašným bratrem navázat kontakt, alespoň telefonicky. Od svého bratra se dozvěděl, že žije s přítelkyní a potomkem, nikdy se mu nepodařilo dodělat školu, byl nezaměstnaný a žil z invalidního důchodu, který mu byl přidělen na základě bipolarity a PTSD, která plynula ze sexuálního zneužívání svým otcem. Tyto informace Joe vnímal velmi negativně a emočně ho zasáhly, obával se, že skončí stejně jako jeho strašný bratr. Brzy po sezení měl Joe rozhovor se svojí adoptivní matkou, od které potřeboval radu, kam má jít bydlet po propuštění, ta mu však návrat k sobě domů nenabídla. Tyto dva rozhovory způsobily návrat Joeho k šikaně mladších pacientů a nerespektování zaměstnanců léčebny. Spatřila jsem v něm ztotožnění se s agresorem, chtěl být stejně silný, jako jeho bratr, který ho zneužil. Joe během individuální terapie ovšem popíral zármutek

z odmítnutí své matky a odmítal i strach, že se stane stejnou osobou, jakou byl jeho bratr. Během skupinové terapie byl Joe obviněn ze sexuálního nátlaku jiným pacientem, který se jmenoval „Dustin“, Joe se zamračil, naklonil se k němu a odmítl jeho tvrzení. V Dustinových očích se v tu chvíli objevil strach stejný, jaký měli Joeho oběti. Ve chvíli, kdy jsem Joeho obvinila, že se zachoval výhružně, rozzuřil se a odešel z místnosti. Na dalších individuálních setkáních byl zasmušilý a odmítal komunikovat. Vycítila jsem negativní mateřský přenos s hněvem zaměřeným na mě, pro zachování jeho vztahů s rodinou. Na dalších setkání se mi podařilo prolomit ledy, když jsem se ho zeptala na jeho myšlenky o své budoucnosti. Joe vyjádřil hluboké obavy z jeho dlouhého pobytu v léčebně, slabým sociálním vazbám ve společnosti, nevěděl, jak se ve společnosti chovat, cítil se velmi zranitelný vůči odmítnutí. Viděl se stejně společensky disfunkčním, jako byl jeho starší bratr. Joe připustil, že jeho nedávné chování pramenilo z obav z neúspěchu.

Co lze z těchto dvou příběhů vypožorovat? Oba mladíci ukázali mezigenerační přenos traumatu. Ne všichni pachatelé sexuálních deliktů jsou také oběťmi, nicméně jejich poměr je neopomenutelný. Studie prokázaly, že zhruba 22–52 % (Worling, 1995) sexuálních delikventů má zkušenosti se sexuálním zneužíváním v roli oběti. Další studie uvádí poměr zhruba 40–80 % (Hunter & Becker, 1994; Kahn & Chambers, 1991). Dle mé zkušenosti drtivá většina pachatelů zažila nějaký druh agrese, nejčastěji domácí násilí, dále také týrání v dětství, zanedbávání péče, zneužívání návykových látek nebo vystavení pornografii nebo sexuálnímu chování dospělých.

Na to, proč některé oběti trpí PTSD nebo se stanou pachateli, zatímco jiní nikoliv, neexistuje jednoduchá odpověď. Podle jedné studie (Widom & Massey, 2015) je u dětí zanedbávaných nebo týraných větší pravděpodobnost, že budou sexuálními delikventy než vrstevníci. Naopak u dětí sexuálně zneužívaných tento model neplatí. Výsledky výzkumů (Cloitre et al., 2009) naznačují, že kumulativní trauma v dětství, spíše než sexuální zneužívání, je spojeno se symptomy PTSD v dospělosti.

Výzkumnice Abby Steinová zpochybňuje vzhledem k prevalenci dětského traumatu mezi pachateli premisu, která je základem většiny léčebných programů, a to léčbu pachatele nápravou kognitivních funkcí. Steinová analyzovala svá zjištění z interdisciplinárního hlediska, které integruje psychoanalýzu s poznatky z neurovědy, traumatologie, kriminologie a kognitivní psychologie. Na základě svých analýz navrhla model disociativních procesů

vyplývající z raného traumatu, díky kterému jsou traumatické zážitky nejasně formulované a nedostupné pro reflexi pachatele. Chování pacientů je tedy řízení spíše těmito nejasnými zkušenostmi a nedostatkem reflexe než kognitivním zkreslením. Tvrdila, že terapie se musí zabývat dopadem traumat z dětství pachatele, aby se následně jejich chování změnilo.

Soudně odsouzeným delikventům je léčba obvykle nařízena, léčení jsou u poskytovatelů, kteří mají pro takovýto způsob terapie smlouvy, já jsem o takovou spolupráci ve své soukromé praxi nestála, nepraktikovala jsem skupinovou terapii a polygrafu jsem nevěřila. Nicméně jsem se s pár pacienty s tímto problémem setkala, provázelo to řadu dilemat. Mohu nechat v čekárně sexuálního delikventa společně s malým dítětem, které bývali často bez dozoru?

Ve své soukromé praxi jsem se setkala pouze s jedním dospělých sexuálním delikventem, by jí Esther, doposud nebyla souzena a statistiky vykazovala nízké riziko recidivy. V té době čekala na soud kvůli sexuálnímu zneužívání své nevlastní dcery, ke kterému se přiznala. Zneužívání začalo, když bylo její nevlastní dceři 8 let, projevila zvědavost v tématu kojení a Esther jí nabídla, že jí nevlastní dcera může vyzkoušet sát prsa, následně jí donutila i k orálnímu sexu, k čemuž docházelo pravidelně až do dospělosti. Cítila jsem se znechucena, na některé případy jsem reagovala silněji než na jiné. Zjistila jsem, že je užitečné se zaměřit na emocionální potřeby, které jsou základem chování potřeby, které jsou obvykle normální a spojují nás jako lidské bytosti. To neomlouvá tyranské chování, nicméně ho činí více srozumitelným. Dívala jsem se na Esther jako na naivního jedince, dítě, které hledá nějaký druh péče. Co se týče její rodiny, vyrůstala v Karibiku, prožila traumatické dětství s otcem tyranem a alkoholikem, její matka byla většinu času v práci, nicméně Esther zmínila, že jí její matka pravidelně zneužívala, není si jistá, jestli takto zneužívala i staršího bratra, který byl adoptovaný. Matka byla v interakci s Esther velmi kritická a často rozzlobená, svého adoptivního syna před Esther upřednostňovala. Esther vystudovala vysokou školu v USA a provdala se za muže o patnáct let staršího, ten jí nutil praktikovat sdomasochistický sex a polyamorní způsob života. Do svého zatčení pracovala na slušné pracovní pozici, v terapii tvrdě pracovala, získala vhled do problémů v její minulosti, které přispěly k páchaní trestné činnosti. Sexuální delikventi jsou převážně muži, naopak oběťmi jsou většinou ženy. V Esther se začala prohlubovat úzkost a deprese způsobená rozvodem, finančním obtížím, možným vězením a také deportací. K soudu jsem naštěstí nebyla předvolána, vyhýbám je jim

maximálně. Narušují můj rozvrh a nerada veřejně mluvím o záležitostech ze sezení. Přestala jsem do své soukromé praxe přijímat sexuální delikventy, stále jsem se s nimi setkávala v léčebném centru.

You Too, Me Too: Klient a já nacházíme sebe sama v publiku Johna Walshe

Během svého působení v léčebně jsem se naučila hodně o důsledcích sexuálního zneužívání v dětství. Nicméně nikdy nevím, kdy mě překvapí nějaký další poznatek.

Živě si vybavuji jedno terapeutické sezení zhruba dva roky zpět, jednalo se o padesátiletou „Doris“, pracovala jsem s ní osm let, ale pouze jako zástup za její terapeuta, když nemohl. Byla vdaná a zaměstnaná jako ochranka v obchodním domě, a to do jejího pracovního úrazu před osmnácti lety. Tehdy na ní ve skladu spadla velká krabice, pod krabicí byla uvězněná hodiny, než jí našla hlídka. Fyzicky se zotavila, nicméně se u ní rozvinula těžká forma PTSD, hluboká deprese a suicidální myšlenky, což mělo za následek dvanáct hospitalizací v minulých osmi letech. Poté, co ji opustil manžel, se přestěhovala za rodinou do Texasu. Doris byla nejmladším dítětem a pocházela z početné rodiny, po politických otřesech se přestěhovali z Jižní Ameriky do USA. Při sezení se svěřila, že když jí bylo pět let, její strýc jí sexuálně zneužíval, stalo se to vícekrát, ale její vzpomínky jsou mlhavé, ejakuloval jí po obličej, a to v ložnici, kde spal se svojí manželkou. Ptala se mě, zda znám televizního herce Johna Walshe, který svoji kariéru zasvětil hledáním zločinců poté, co byl jeho šestiletý syn zavražděn pedofilem. Doris si nahlas přála, aby byla stejně statečná jako Walsh a své trauma neskrývala. Zmínila také další incident, když pracovala v obchodním domě, společně s jednou zákaznicí odhalili muže, který ejakuloval v dámských šatnách, zápach spermatu jí připomněl postel jejího strýce. Zmínila, že jako ochranka zadržela řadu mužů obtěžující děti, hlídala v obchodě nestřežené děti a dávala si pozor na podezřelé muže. Zajímalo mě, zda její kariéra ochranky souvisí s tím, co se jí stalo v dětství. Domnívám se, že to, co nastalo na sezení bylo to, co Daniel Stern (2004) nazval „moment teď“, kdy nastává moment, který zvyšuje úzkost

pacienta i terapeuta, vytváří krizi. A „moment setkání“ v rámci kterého dochází ke čtení v chování druhé osoby odrazem své vlastní zkušenosti.

Sama jsem jako dítě měla zkušenost s exhibicionistou, a to na cestě ze školy, vždy jsem se snažila minimalizovat jakýkoliv dopad této zkušenosti na moji kariéru. Nyní jsem zaznamenala myšlenky směřující zpět k tomuto incidentu, kterou jsem nazývala „věc, která se mi stala“. Od sedmi do devíti let jsem žila ve Fort Riley v Kansasu. Stalo se mi to v březnu, když mi bylo osm let, při cestě domu jsem se rozhodla pro zkratku lesem, u keře jsem viděla muže, který odhaluje svůj penis, snažil se mnou navázat konverzaci a pronásledoval mě až domů. Cítila jsem velikou úzkost, když se muž vzdálil od našeho domu, sdělila jsem to dětem od sousedů, ti to řekli svým rodičům a ti to následně řekli mým rodičům. Otec mě vzal na policejní stanici, bylo to ponižující, cítila jsem za to všechno vinu. Nepovedlo se identifikovat žádného muže, často jsem měla pocit, že mě sleduje, jednou stál u našeho domu a spala jsem pravidelně s dekou přes hlavu. O mnoho let jsem se dozvěděla, že „zamrznutí“ patří k symptomům PTSD u žen. Po přestěhování mé obavy z tohoto pachatele ustály, nicméně se u mě rozvinul obecný pocit nebezpečí a nedůvěry. Stejně jako Doris jsem obdivovala Johna Walshe a sledovala jeho pořad.

Při psaní toho článku jsem si vzpomněla na jednu klientku, která ráda chodívala běhat se svým psem okolo lesa, ale vyhýbala se jednomu místu, jednalo se o podchod pro chodce. To místo jsem znala, viděla jsem tam exhibicionistu, seděl tam, nakláněl se s odhaleným a plně vztyčeným penisem, nespojovala jsem to s tím předešlým incidentem, tentokrát jsem ale nezamrzla, rovnou se otočila a vyhledala místo s vyšší koncentrací lidí.

Moje osobní psychoanalýza je jiný příběh, po ukončení doktorského studia jsem se věnovala analýze, která byla povinnou součástí přípravy na výkon psychoanalýzy. Tehdy byli v Austinu pouze dva psychoanalytici a oba muži, tak jsem se ocitla na lehátku u jednoho z nich a snažila se na něj napojit. Cítila jsem se zranitelnější, jako kdybych byla pronásledována jeho pohledem či pouhou přítomností. Občas jsem se zablokovala, opakovaně jsem počítala stropní kachle, dokud jsem se neocitla v jakési samovolně vyvolané strnulosti. Mimo sezení se mi objevovali noční můry. Nakonec se můj psychoanalytik rozhodl, že se budu cítit lépe, pokud budu při terapii sedět vzpřímeně face-to-face, nakonec jsme takto psychoanalýzu dokončili. Některé aspekty mého života však nebyly plně analyzovány.

Rušné sezení s Doris tedy vyvolalo kolotoč starých vzpomínek, pro mě i pro ni. Sama sebe jsem se začala ptát, zda nějakým způsobem má profese nesouvisí s tím, co se mi stalo v dětství. Přestože to byl neškodný incident bez jakéhokoliv kontaktu, necítila jsem se doma již bezpečně. Někteří pachatele eskalují od nekontaktních činů ke kontaktním, výzkumy prokázaly, že sexuální parafilie jsou často komorbidní s jinými sexuálními poruchami, poruchami nálad i osobnosti (Seto, Kingston a Bourget, 2014).

Transformace

Práci se sexuálními delikventy jsem se věnovala 17 let, bylo by naivní si myslet, že to byla náhoda. Nepochybuji o tom, že má volba stát se psychoanalytikem byla motivována touhou porozumět a být pochopen. Symptomy mého traumatu byly mírné, proto nebylo těžké potlačovat jeho vliv. Od chvíle, kdy jsem na terapii s Doris objevila náš společný obdiv k Johnu Walshovi, jsem pokračovala v přemítání o tom, co jsem o sobě věděla a naopak nevěděla. Vzhledem k mému výcviku v psychoanalýze je s podivem, že jsem vliv mého traumatu z dětství neobjevila.

Glen Gabbard (1995) dospěl na základě literatury a vlastních klinických případů k závěru, že motivace stát se psychoterapeutem pramení nejen z altruistických záměrů, ale také ze snahy o to zvládnout své vlastní konflikty. Je však velmi obtížné dohledat materiály, ve kterých by psychoanalytik uznával svoji vlastní anamnézu sexuálního traumatu, což pravděpodobně pramení ze snahy terapeutů zachovat si neutralitu. Jednou z výjimek je B. F. Stevensová (1996), která popsala, jak její zkušenost se sexuálním zneužíváním ovlivňuje její klinickou praxi. Zároveň zdůrazňuje, že identifikace sebe sama se svými pacienty může pozitivně ovlivnit empatii, ale varuje před přílišnou identifikací, která může vést k nepřesným předpokladům. Johanna Tiemann (2016) také popsala podmínky vztahu terapeuta s klientem založeném na společném traumatu v dětství.

Oba autoři zdůrazňují, že je velice důležité, aby terapeut své trauma nepřestával vedle problémů klienta řešit. V současném kontextu hnutí #MeToo bude zajímavé sledovat, zda se i další terapeuti přiznají k vlivu vlastního traumatu na svoji praxi.

Během čtyř let, když jsem odešla z léčebného centra jsem se také vzdala své licence poskytovatele léčby sexuálních delikventů, pokračovala jsem ve své soukromé praxi a pedagogických povinnostech v psychoanalytickém institutu. Občas jsem se stále cítila zranitelná a zmenšila se i má obsese pořadem Johna Walshe. Věřím, že v důsledku stále menší traumatizace se zlepšil můj náhled na případy mých pacientů a jejich interpretaci.

Stručně řečeno, pracovala jsem s mladistvými sexuálními delikventy mnoho let, než jsem si sama uvědomila, že máme něco společného. Konkrétně mé chování bylo ovlivněno traumatem, a přestože se mnoho pachatelů ztotožnilo se svým agresorem a zopakovali své trauma dalším osobám, byla jsem dostatečně motivována jim pomoc a změnit je. Ve chvíli, když jsem si uvědomila mojí skrytou motivaci v dětském traumatu, naučila jsem se reagovat vědoměji. Udělala jsem několik kariérních změn a stala jsem se v profesi psychoterapeuta zběhlejší. Svoji klinickou práci, osobní i profesní růst však vnímám jako stále trvajícím proces.