

Maja Gostič¹, Ksenija Zor² in Urška Košenina³

Erotični transfer in kontratransfer v psihoterapiji: empirična študija

*Erotic transference and countertransference in
psychotherapy: An empirical study*

Povzetek

Erotični transfer in kontratransfer sta ključna pojma znotraj psihoterapevtskega procesa. Erotični transfer vključuje prenos klientovih nepredelanih erotičnih, spolnih ali romantičnih vsebin na terapevta, medtem ko kontratransfer pomeni prenos terapevtovih vsebin na klienta. Glavni namen raziskave je bil osvetliti subjektivno doživljanje tako s perspektive klienta kot terapevta, kar smo strnile v dve raziskovalni vprašanji: 1) Na kakšen način klienti in terapevti doživljajo erotični (kontra)transfer? in 2) Kako se klienti in terapevti soočajo z občutki erotične privlačnosti v psihoterapevtskem procesu? V raziskavi je sodelovalo 38 udeležencev, ki so imeli izkušnjo erotičnega (kontra)transferja v psihoterapevtskem procesu, od tega 20 klientov in 18 terapevtov. Za preverjanje raziskovalnih vprašanj smo oblikovale spletno anketo, za analizo podatkov pa je bila uporabljena metoda analize vsebine. Na podlagi odgovorov o doživljanju erotičnega transferja smo oblikovale tri glavne kategorije (pričakovanja in želje, doživljanje čustev, doživljanje telesnih odzivov) s podkategorijami in jih opremile s kodami v obliki citatov udeležencev. Rezultati kažejo, da lahko neizrečene ali nezavedne vsebine zaidejo v proces, zato je ključnega pomena, da so terapevti pripravljeni spregovoriti o tovrstnih vsebinah na superviziji in postopoma ozaveščati morebitne erotične vsebine, ki jih doživljajo ob klientih. Ob tem naj bi bil cilj ustvariti dovolj varno terapevtsko okolje, kjer bi tudi klienti lahko spregovorili o svojih doživljanjih, kar bi lahko normaliziralo njihova občutja in poglobilo terapevtski odnos.

Ključne besede: erotika, transfer, kontratransfer, psihoterapija, supervizija

- 1 Dr. Maja Gostič, mag. psihologije, specializantka transakcijsko analitične psihoterapije, ZRC SAZU in Zavod za besede in misli, gosticmaja@gmail.com
- 2 Ksenija Zor, univ. dipl. komunikologinja, specializantka transakcijsko analitične psihoterapije, Zavod za besede in misli, besedemisli@gmail.com
- 3 Urška Košenina, univ. dipl. komunikologinja, specializantka transakcijsko analitične psihoterapije, koseninaurska@gmail.com

Abstract

Erotic transference and countertransference are key concepts within the psychotherapeutic process. Erotic transference involves the transference of the client's unprocessed erotic, sexual, or romantic content to the therapist, while countertransference involves the transference of the therapist's content to the client. The main purpose of this research was to illuminate the subjective experience from the perspective of both the client and the therapist, which we summarised in two research questions: 1) In what way do clients and therapists experience erotic (counter)transference? and 2) How do clients and therapists deal with feelings of erotic attraction in the psychotherapy process? 38 participants who had an experience of erotic (counter)transference in the psychotherapy process took part in the research, of which 20 were clients and 18 were therapists. To explore the research questions, we designed an online survey, and the content analysis method was used to analyse the data. Based on the answers about experiencing erotic transference, we formed three main categories (expectations and desires, experiencing emotions, experiencing bodily responses) with subcategories giving them codes in the form of quotes from the participants. The results show that unspoken or unconscious content can enter into the process, so it is crucial that therapists are prepared to talk about such content during supervision and gradually raise awareness of possible erotic content that they experience with their clients. At the same time, the goal should be to create a sufficiently safe therapeutic environment where clients can also talk about their experiences, which could then normalise their feelings and deepen the therapeutic relationship.

Key words: erotica, transference, countertransference, psychotherapy, supervision

Extended abstract

1.

Introduction

The notion of erotic transference originates from the beginnings of psychoanalysis, which perceived transference very broadly. The term was first used in *Studies on Hysteria*, originally published in 1895 (Freud and Breuer, 2002) and involves the transference of the client's unprocessed infantile content to the therapist, while countertransference means the opposite, namely the transference of the therapist's content to the client. When the content is of a romantic, erotic or sexual nature, it is termed erotic (counter)transference.

Yalom (2002) wrote that many therapists have difficulties and temptations if they do not have a fulfilling love life or are too isolated to maintain adequate sexual contacts in their private lives. According to Erskin et al. (1999), even in the therapeutic relationship, needs arise that are present in everyday life. These arise from the human need for interpersonal interaction, and at the same time, it is precisely these needs that nourish and nurture relationships. They are mostly part of the unconscious, but we become acutely aware of them when they are not satisfied. Then we feel them as pressure, emptiness, longing or loneliness, which can escalate into frustration, aggression and anger, as well as a loss of energy and hope, which reinforces our scripted beliefs (Erskine et al., 1999). Krausz (2016) points to the problem that, until the last 15 years, the literature discussing erotic transference and countertransference focused mostly on the risks of crossing boundaries – mostly with male analysts. On the other hand, Atkinson and Gabbard (1995) state that between 1985 and 1995 a lot of attention was paid especially to the relationship between the female analyst and the male client. The research of gender-marked dyads in the process is related to the analytical understanding of developmental periods and their specifics. Kumin (1985) hypothesises that erotic transference is associated not only with the oedipal (phallic) phase, but also with the pre-oedipal phase (oral or anal phase), which refers to actual or fantasised seductions by one or both parents and may include sexual or aggressive tendencies. Tansey (1994) goes a step further by arguing that analysts cultivate a collective aversion to awareness of erotic countertransference, stemming from the incest taboo and supported by the institutional history of Breuer's fear of Anna O. and Jung's sexual involvement with Sabina Spielrein.

Over time, the subject of erotic countertransference emerged from out of its hidden, taboo ridden, ashamed corners and became an object of interest and normalisation within the psychotherapy profession. Through education and training, therapists of various modalities began to be encouraged to be aware of their subconscious reactions, which can lead them to new knowledge and understanding of their clients. We now know that the therapist's response is crucial in managing erotic transference. According to Mann (1997), the ideal scenario would be for the therapist to welcome the erotic transference or acknowledge his countertransference in an appropriate way and take it as an opportunity to discover the client's subconscious rather than as resistance. Rodgers (2011) also emphasises the importance of acknowledging sexual attraction in therapy. A study conducted by Giovazolias and Davis (2001) supports this, as 77.9% of therapists surveyed confirmed that they felt attracted to at least one client. A similar picture is shown by the data of one of the first systematic studies

in the field, conducted by Pope et al. (1986). In the sample of 575 psychotherapists, 87% (95% of men, 76% of women) at least occasionally felt sexual attraction towards their clients. In addition, 63% reported feelings of guilt, anxiety, or confusion about feelings of attraction, although only a minority (9.4% of men and 2.5% of women) actually acted on them. About half of the respondents received no guidance or training on this topic, and only 9% reported that their training and supervision was adequate.

The present study is the first in Slovenia that addresses both sides of erotic transference and represents the first scientific insight into the topic in question. From the point of view of its universality, this is an extremely important topic, but it is rarely addressed in scientific literature. Erotic (counter)transference is an important part of the psychotherapeutic relationship and in certain cases raises professional and ethical questions about the therapist and can lead to various types of abuse (from psychological, emotional to sexual). In order to shed light on this topic, in the present work we raise certain questions and reflections, but above all we want more open space for discussions on these topics between experts in the form of interviews, supervision, lectures, education, training or workshops. It is necessary to mention the specifics of the situation in Slovenia, where there is currently no law for psychotherapy, nor any other form of legal regulation of the profession of psychotherapy, which causes considerable confusion and in some cases also damage, since it is currently not illegal for completely untrained individuals to open a private psychotherapy practice. This can cause severe damage in the form of abuse, manipulation and deception of clients.

The main purpose of this research was to examine the subjective experience of erotic transference and countertransference from both perspectives of the psychotherapeutic relationship - from the perspective of the client and the therapist. We wanted to find out whether clients and therapists differed in the information they provided. To achieve the set goals, we formulated two research questions: 1) In what way do clients and therapists experience erotic (counter) transference? and 2) How do clients and therapists deal with feelings of erotic attraction in the psychotherapy process?

2. Method

38 participants who had experienced erotic (counter)transference in the psychotherapy process took part in the research, of which 20 were clients (16 women, 3 men, 1 non-binary identified person) and 18 were therapists (15 women, 3 men).

We compiled our own survey in two versions, one version was adapted

for clients, the other for therapists. The differences were related to the target population, for instance the therapists were asked in which psychotherapy modality they were educated, otherwise the open questions were the same. At the beginning, participants answered demographic questions about gender, age, and education, followed by open-ended questions. These were related to the experience of transference or countertransference, where the participants had the opportunity to describe their feelings (for example *"Describe what happened. Please be as specific and honest as possible when describing the case. All answers are anonymous."* or *"How were you faced with it?"*). Closed questions followed: *"Did you talk about this with the client in therapy?"*, *"Did you have the feeling that the client felt this anyway?"*, *"With how many different clients did you have an instance of erotic attraction?"*, *"Did you discuss this in supervision?"*, etc.

We published the online survey on the website www.enka.si, where all answers were automatically saved. The participants first read the informed consent form and marked accordingly whether they agreed with the conditions of participation in the research. At the beginning of the survey, they were asked to take a moment for reflection, to recall a situation when they experienced erotic attraction for the therapist or the client. For a snowball effect in sampling and a range of diverse psychotherapy orientations, we contacted various institutions, which we asked to share a link to the survey. We contacted SINTA, IPSA, DPS, DŠPS, ZPS, GITA, SLOVENTA, SKZP and SFU. The link to the survey was sent via mailing lists and Facebook groups of these organizations. The survey was active for two months, from 1 October 2018 to 29 November 2018.

After cleaning the data, the method of content analysis was used, which took place in three stages. In the first phase, we defined larger categories into which we could classify the content of the surveys. This was followed by the classification of themes and sub-themes that appear within the categories. In the last stage, we added codes in the form of quotes to our topics. We used each quote only once, as the purpose of attributing quotes was to check the completeness of topics. In this way, we assessed whether there were several themes in a certain category that supported its existence. Below the citations under each subcategory we wrote quotations in italics within double quotation marks (" "), and each was followed by a notation in parentheses indicating the individual citation. Quotations were written in the manner of for example (K6) where K represents the client and 6 the study participation sequence number or (T12) where T represents the therapist and 12 the study participation sequence number. The study participants were listed in chronological order. For the purpose of easier comparison, the responses of both clients and therapists are discussed below.

Results with discussion

Only those therapists and clients who had experienced erotic (counter)transference in the therapeutic process and were ready to share their observations, perceptions and insights were included in the research. The majority of therapists (83.3%) did not talk about their erotic feelings with their client, although 33.3% believed that the client felt it anyway. Some had negative beliefs about this, as for example: *"I didn't talk about it, it's not something that concerns the client, because she doesn't pay me for self-reflection"* (T3). The majority of therapists (77.8%) spoke about this during supervision, which they experienced as positive: *"In the following hours, I talked with the client about our therapeutic relationship and about his opening on an emotional level. I was able to normalise the erotic feelings towards him, explore them in supervision, personal therapy and they disappeared"* (T5). Half of the therapists experienced an instance of erotic attraction with only one client, the rest cited several instances. The average length of involvement in psychotherapy was three and a half years. Based on the answers about experiencing erotic transference, we formulated the main categories (expectations and desires, experiencing emotions, experiencing bodily responses) with subcategories and completed them with quotes from the participants.

Encouraging an open conversation about the phenomenon of erotic (counter)transference in society would undoubtedly influence clients and their willingness to talk about a sensitive, stigmatized topic. Dealing with erotic countertransference was not easy even for the therapists: *"At first I was very surprised and I was kind of ashamed of myself. I didn't understand everything and tried to deny, push these feelings... then I decided to go to supervision with this topic, because it seemed to me that it would not go away by itself."* (T14) or *"... the thought and later the fear that I could feel deeper feelings for the client passed me by for a moment..."* (T15). Following this, we concluded that the topic of erotic emotions is even more unusual for clients, since they do not know the specifics of the therapeutic process, but at the same time they are sometimes left with challenging emotions, which Kumin (1985) aptly calls "erotic horror". The answers indicate that the clients did not know how to deal with feelings of erotic attraction towards the therapist and whether it was even allowed to talk about it. As a result, there were feelings of confusion, shame, guilt, fear, disgust, sadness, frustration. The following are examples of two clients who describe the importance of normalisation: *"By the second episode, it was already clear to me what was happening, so I accepted my fantasies more easily..."* (K3) and *"First I went to read articles online to better understand, what is happening to me. It was extremely difficult for me to talk about*

this with the therapist. A big shame. But I told him. He was very understanding. He joked. This deepened our therapeutic relationship. He explained to me the links how this happens. He normalised the circumstances..." (K8).

Given that erotic (counter)transference is a universal phenomenon, it should be more openly brought closer to clients in all its variations and forms. In addition to scientific and professional contributions, the media world is an excellent sphere for creating a collective reality. One of the clients, wanting to normalise his own feelings, remembered an example from a film production: *"When I was looking through my library of comparisons (in my head), I remembered the series The Sopranos, where the mob boss Tony Soprano has an extremely interesting, erotic, almost romantic relationship with his psychotherapist."* (K2), illustrating that it is extremely important how the phenomenon is presented. If it is an appropriate presentation (for example respectful conversation, the therapist opens up the topic during supervision, a conclusion without abuse), this can be beneficial for clients, but otherwise it can show its pitfalls (for instance the therapist's daydreaming, silence during supervision, transgression of ethical boundaries, misuse of confidential personal data). Clients should also be clearly aware of their rights, which protect them from being exploited by a position of power or the authority of a psychotherapist. The therapist must respond appropriately even in the event that the client unexpectedly opens up about their feelings of attraction towards them. The example described below shows how important it is to normalise the client's emotions, which through understanding the origin of the feelings serves as an opportunity to deepen the relationship: *"By openly talking about these feelings with the therapist and physically feeling the sensations that I suppressed in childhood. After that, it was really much easier..."* (K15). Unfortunately, the situation is not always professionally appropriate. We would like to highlight the confessions of three clients (15%), where the therapist realised his erotic intentions and caused distress or harm to the client.

One of the clients described a case where she experienced how the therapist contributed to confusion and consequently to the development of internal emotional distress: *"The therapist reacted in a way that left me confused. I did not understand whether he also returns his affection and interest in me or not. Not only as a therapist, but also for me as a woman. We spent a lot of time talking about my "falling in love", mainly because I was more and more confused about what he wanted to tell me about his experience. At the same time, I also blamed myself for not being able to understand his explanations and I only imagined that he was telling me that he also felt affection for me as a woman, not just as a client. We were able to work on other topics for a while, but the confusion and distress surrounding his emotions and reactions came back again and again for me."* (K1). This client went on to say

she had to set boundaries herself, went to another therapist, and did not get answers that would reassure her. From an emotional point of view, the situation remained unresolved, open, leaving her with a lot of mistrust and doubts. It took her several years in her relationship with the next therapist before she could truly trust him.

Another client described her experience of behavioural crossing of professional boundaries by her psychotherapist: *"I had the feeling that he was also sympathetic to me. Later it turned out that I was right. He started touching me (grabbing my hand, shoulder, etc.), after the therapy he always hugged me. It ended with a kiss. A month later, he shouted at me and stopped the therapy."* (K6).

The third wrote her shocking story: *"I was with a non-professionally trained hypnotherapist, which I only found out later, of course, and experienced very severe retraumatization. First of all, he began to win me over with facial expressions, looks and excessive kindness. Of course, I liked it, I was overjoyed that the therapist, the authority, liked me. He sent me poetic e-mails and romantic songs. I was completely in the clouds. Then I started to like him because he is so attentive and 'takes care of me' so much that I fell in love. He got me so far that I signed up for one of his courses, and there he started groping me at the second meeting. At this point it finally clicked and I was done with it. He took advantage of my naivety and abused me emotionally, financially and sexually (groping). Then it took me a couple of years to pick myself up and understand. [...] When I found out that he abused me, I felt terrible. I experienced a severe panic attack at night, like a nightmare. I didn't know what it was then. The feeling was terrible, like I was dying, like I was floating above my body. I just kept saying to myself: 'I'm going to the doctor tomorrow, she'll help me, she'll 'save' me, she'll save me'. [...] I had severe consequences. For a while I was a divided, split person. Crazy. Part of me was totally in love with him, and part of me seemed to know about the illusion..."* (K13). The client reported severe mental health consequences that lasted for several years.

We think that there are unfortunately many more cases than it seems at first glance. Clients who have survived the abuse of those therapists who take advantage of their position of power and authority do not have adequate information about where to turn to for help - which is especially painful, since the therapist is supposed to be the key safe person within the individual's support network. From the point of view of client protection, legal regulation of the profession of psychotherapist is necessary, which currently allows too much freedom both in the areas of obtaining psychotherapeutic education and the provision of psychotherapeutic services. The Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SKZP) and the Association of Psychotherapists of Slovenia (ZPS) have been warning of possible harm to people in need for a long time

and emphasise that the Republic of Slovenia must adopt the Act on psychotherapeutic activity in order to regulate this gray area of medical services in the field of mental health. Legislation must also establish an ethics commission, which will enable clients to file complaints and properly deal with the described inappropriate actions of therapists.

4.

Conclusions

Our research shows that clients and therapists describe the phenomenon of erotic attraction through four main areas of individual functioning: cognitive, emotional, physical and behavioural. We divided the answers into three main sections: 1) identification of unsatisfied relational needs that influenced the development of expectations and desires in the form of erotic (counter)transference, 2) description of emotions and 3) physical sensations that appeared during the experience of the phenomenon itself. We highlight some interesting differences in the way clients and therapists perceive it.

Similar to their clients, therapists also report unpleasant feelings during erotic attraction (shame, discomfort), but they are aware that such feelings need to be normalised, because otherwise they could miss an important part of exploring both their own and their client's feelings and subconscious. From the point of view of the non-verbal part of the relationship between the therapist and the client, unspoken or unconscious content can enter into the process, so it is crucial that therapists are ready to talk about it during supervision and gradually raise awareness of possible erotic contents that they experience with their clients. The goal should be to create a sufficiently safe therapeutic environment where clients can talk about their experiences. In her doctoral dissertation, Žvelc (2017) developed a model of encouraging and hindering factors in psychotherapy supervision, where supervisees and supervisors did not mention erotic (counter)transference. In our sample, we were surprised that 77.8% of therapists talked about the phenomenon both in their therapies and in supervision and intervention. We conclude that this is influenced by the composition of our purposeful sample, where only those individuals who were interested in the phenomenon and already had the relevant experience in the past responded to the invitation to participate. This in no way speaks of the general prevalence of the phenomenon of erotic (counter)transference among therapists, as a quantitative study with a representative sample would be necessary to obtain this data.

We have also noticed that clients often idealise the therapist and wish that their partner was more like them. The very choice of a partner as an element of

comparison (instead of, for example, a friend) indicates relational needs in the context of a professional relationship. A partner is someone who offers us psychological support, we are attached to them, a relationship can include elements of intimacy, passion and commitment. The development of erotic transference may also be influenced by the "prohibition" of getting close to the therapist - an important other person who means a lot to us. The very prohibition can arouse a strong desire to realise emotional and erotic fantasies. Other factors for the emergence of erotic (counter)transference may include the length of involvement in the psychotherapy process. The clients in the research were involved in psychotherapy treatment for an average of three and a half years, some of them had several therapists in the past. Based on this data, we conclude that the possibility of erotic transference will increase with the duration of therapy and various experiences with therapists. The longer clients are in therapy, the more likely they will come across this kind of experience at least once, because during longer treatment a deeper relationship is established between client and therapist, which touches on a greater part of relational needs and other content that clients also report on in connection with transference.

Another factor may be the specificity of the intimate relationship within the professional setting. In half of the cases in psychotherapy, clients talked about erotic feelings towards their therapists. This may indicate a feeling that the therapist will be able to handle this content. On the other hand, this very decision to talk can also be motivated by the desire to take action and represents an initiative for the possibility of erotic rapprochement. All but one client experienced an instance of erotic attraction with only one therapist. In our opinion, a deeper relationship is both an advantage and a disadvantage in connection with this topic in the therapeutic relationship. On the one hand, clients talk about shame, feelings of guilt and unpleasant feelings more easily if they feel safe, but on the other hand, a good and deep therapeutic relationship is at the same time a reason for emotional distress and confusion in the event that an erotic transference occurs between the client and the therapist. In processing such emotions, the therapist's openness and accepting professional way of setting boundaries are key (Mann, 1997; Rodgers, 2011).

According to their own reports, the therapists from our sample reacted in accordance with ethical principles, while three clients reported the realisation of erotic intentions by the therapist in the form of inappropriate behaviour (groping, kissing), and one client had sexual relations with the therapist. At this point, we would like to highlight the importance of discussing erotic feelings in a psychotherapeutic relationship. The majority of therapists (83.3%) did not talk about their erotic feelings with the client, although one third of them

believed that the client felt it anyway. Some had negative beliefs about this, as the following example shows: *"I didn't talk about it, it's not something that concerns the client, because she doesn't pay me for self-reflection."* (T3). The therapist's dismissal of the importance and potential of erotic countertransference research indicates a resistance within themselves (Mann, 1997), which can limit the development of the psychotherapeutic process and, consequently, the personal growth of the client. In accordance with the ethical principles of working with people, which also include awareness and taking responsibility for the client's psychological well-being, every therapist should talk about this topic in their personal therapy and in supervision.

One of the therapists describes his own internal process of normalising feelings and convincing himself in favour of maintaining an ethical position, even if he would like to realise this: *"First of all, I recognized that such a feeling is completely natural and that it is completely okay to feel it. It would be controversial if he did anything concrete with it. Because I was in a long-term relationship at the time and it wasn't worth wasting the investment I had already made. Because it would be unethical to take advantage of someone who is vulnerable and needs help. Because I am able to control my lust."* (T3). Only this step of self-reflection can open one's eyes to the future, because through understanding, it sheds light on the reasons for the phenomenon and prevents potential problems in communication. Processing in therapy and reflection in supervision can show the therapist that, for example, they like the client in question because of similarities with an ex-partner or because of certain personality traits that they idealise in other people. In this case, the experience of attraction to the client in question is something that would probably happen in a different situation and setting (for instance if they were a colleague).

On the other hand, through the processing of this type of content in therapy or supervision, the therapist can determine that they developed erotic feelings towards the client mainly on the basis of the client's implicit, possibly non-verbal seduction (for example hair touches, smile, long eye contact). In this case, the client's behaviour is a sign that should not be ignored, but explored through conversation. One of the clients also thought about the authenticity of emotions: *"The honest and genuine feelings I have for her attract me on all levels and I love her very much. It doesn't seem to me that these feelings of mine for her are not real, that there is something behind all this"* (K20). At this point, we ask ourselves whether, in cases of genuine infatuation, it is really a matter of transferring the client's content to the therapist or of ordinary feelings of attraction towards a fellow human being. It should be noted here that the psychotherapy process is always about power relations and that the client is always in a more vulnerable position

from this point of view (while the therapist is in a position of power). Interesting questions are raised, including whether in certain extraordinary cases, the client and the therapist may meet in private life anyway? How to interpret and act in a case where they only had the first meeting and the attraction was so authentic that the therapist immediately referred the client to another colleague? What if, after the first meeting, the client expressed a desire to end the therapeutic relationship and meet the therapist on a date? Different psychotherapeutic modalities have differently strict criteria, which apply only on an ethical and moral level, until this area is legally and formally regulated by a psychotherapy law. In order to address these questions, it would make sense to include the areas of erotic (counter)transference in the educational programmes of the different therapeutic modalities in Slovenia.

We can conclude that the phenomenon of erotic transference and countertransference is a universal experience that clients and therapists experience in different ways. The ability of therapists to normalise the experience and see it in the light of an opportunity to explore the inner world of the client indicates the positive effects of psychotherapy training. Their high level of professionalism enables them not to withdraw, distance themselves or suppress "forbidden" emotions, but treat them with interest and curiosity. At the same time, they maintain their ethical stance and do not take advantage of those more vulnerable than themselves. Our findings can contribute to the expansion and normalisation of a sensitive area of research, serve as a basis for creating guidelines for therapists how to act in cases of erotic (counter)transference, point out the importance of the professional ethical position of therapists, and represent work that can be the basis for further in-depth research into the phenomenon of erotic (counter)transference in psychotherapy.

1.

Uvod

Pojem erotičnega transferja izvira z začetkov psihoanalize, ki *transfer* dojema zelo široko. Izraz je bil prvič uporabljen v delu *Študije o histeriji*, originalno objavljenem leta 1895 (Freud in Breuer, 2002), in vključuje prenos klientovih⁴ nepredelanih infantilnih vsebin na terapevta, medtem ko kontratransfer pomeni ravno obratno, torej prenos terapevtovih vsebin na klienta. Kadar je vsebina romantične, erotične ali spolne narave, govorimo o erotičnem (kontra)transferju.

Erotika zajema številne interpretacije in dojetanja. V splošnem je dojeta kot »ljubezen, spolna nagnjenost do drugih oseb, navadno nasprotnega spola«, kot jo definira tudi geslo v Slovenskem slovarju knjižnega jezika (Fran, 2022). O spremembah njenega dojetanja piše Giddens (2019) v svoji odmevni knjigi *Preobrazba intimnosti: Spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*, kjer je v pozni moderni zahodni družbi osrednjega pomena nova možnost izbire, oblikovanje t.i. plastične seksualnosti in čiste ljubezni. Kljub temu da smo kot družba skozi stoletja močno spremenili naše poglede na omenjene tematike, pa so bila področja spolnosti in erotike do spolne revolucije v 60. letih prejšnjega stoletja izrinjena iz javnega življenja, skrita, zasramovana in tabuizirana. Primer stroge klerikalne cenzure je Cankarjeva *Erotika*, ki je izšla leta 1899 in bila po ukazu ljubljanskega škofa Jegliča sežgana.

Dandanes smo priča drugemu ekstremu; pogosto vidimo eksplicitno poudarjeno podobo »vitkega, gladkega in privlačnega« (predvsem ženskega, a v manjši meri tudi moškega) telesa, ki je v medijskem prostoru neredko seksualizirano. Poznamo tudi množico popularne literarne ali filmske produkcije, ki temelji na erotični percepciji medosebnih odnosov, npr. *Petdeset odtenkov sive* avtorice James iz leta 2011. Ena izmed sodobnih medijskih upodobitev psihoterapije ali psihoterapevtov vključuje tudi stereotip fantaziranja o klientih ali terapevtih, npr. ameriška serija *Gypsy* avtorice Rubin iz leta 2017. Tudi kavč kot element psihoterapevtskega prostora pogosto najde mesto v seksualiziranih šalah (angl. *sex jokes*) ali vsakodnevni rabi izrazov kot je npr. »seks na kavču«, glej knjigo *Sex on the couch: What Freud still has to teach us about sex and gender* (Boothby, 2005).

Kot vemo, imajo lahko stereotipi ali predsodki izvor v določenih resničnih lastnostih pojavov, na katere so vezani. Yalom (2002) opisuje, da imajo številni terapevti težave in skušnjave, če nimajo izpolnjenega ljubezenskega življenja ali so preveč izolirani, da bi vzdrževali ustrezne spolne kontakte v svojem zasebnem življenju. Po Erskinu s sodelavci (1999) se namreč tudi v terapevtskem odnosu pojavljajo potrebe, ki so prisotne v vsakodnevnem življenju. Te izhajajo iz

4 Uporabljena moška slovnična oblika v prispevku enakovredno predstavlja vse spole.

človeške potrebe po medosebni interakciji, hkrati pa prav te potrebe odnose hranijo in negujejo. Relacijske potrebe tako odnos definirajo. Večinoma so del nezavednega, močno pa se jih zavemo takrat, kadar niso zadovoljene. Takrat jih občutimo kot pritisk, praznino, hrepenenje ali osamljenost, ki se lahko stopnjuje v frustracije, agresivnost in jezo ter izgubo energije in upanja, ki jača naša skriptna prepričanja (Erskine idr., 1999). Relacijske potrebe so: 1) potreba po varnosti, 2) potreba po spoštovanju, potrditvi in pomembnosti v odnosu, 3) potreba po sprejemanju, 4) potreba po vzajemnosti, 5) potreba po samodefiniciji, 6) potreba po imeti vpliv na drugo osebo, 7) potreba po iniciativi druge osebe in 8) potreba po izražanju ljubezni (Negovec, 2020).

Tu se pojavi vprašanje tanke meje profesionalne ustreznosti ali neustreznosti, saj strokovni psihoterapevtski odnos kot temeljno komponento zdravljenja oz. celjenja vključuje ključno prakso intimnosti, tj. samorazkrivanje klienta terapevtu. Terapevt poskrbi za zaupnost, strukturo ter varno odprto okolje, v katerem je klientovo deljenje zasebnih čustev, misli, fantazij slišano in pomembno. Preko tega se gradi dober stik, odnos med klientom in strokovnjakom, ki omogoča in spodbuja intimnost ter s tem predstavlja pogoj za uspešno psihoterapijo (Flückiger idr., 2018; Vesentini idr., 2022). Krausz (2016) problematizira dejstvo, da se je do zadnjih 15. let literatura, ki je razpravljala o erotičnem transferju in kontratransferju, osredotočala večinoma na tveganja prestopanja mej – v večini z moškimi analitiki. Na drugi strani Atkinson in Gabbard (1995) navajata, da je bilo med leti 1985 in 1995 veliko pozornosti namenjene predvsem odnosu med žensko analitičarko in moškim klientom. Raziskovanje spolno zaznamovanih diad v procesu je povezano z analitičnim razumevanjem razvojnih obdobij in njihovimi specifikami. Kumin (1985) hipotetizira, da je erotični transfer povezan ne le z ojdipsko (falično) fazo, temveč tudi s predojdipskim obdobjem (oralno ali analno fazo), ki se nanaša na dejanska ali fantazijska zapeljevanja s strani enega ali obeh staršev in lahko vključuje spolne ali agresivne težnje. Tansey (1994) gre korak dlje s trditvijo, da analitiki gojijo kolektivni odpor do zavedanja o erotičnem kontratransferju, ki izhaja iz tabuja incesta in ga podpira institucionalna zgodovina Breuerjevega strahu pred Anno O. in Jungove seksualne vpletenosti s Sabino Spielrein.

Sčasoma je erotični kontratransfer izšel iz zakritih tabuiziranih, zasramovanih kotov in postal predmet zanimanja, normalizacije znotraj psihoterapevtske stroke. Terapevte različnih modalitet se je skozi procese izobraževanja in usposabljanja pričelo spodbujati zavedanja svojih podzavestnih reakcij, ki jih lahko privedejo do novega znanja in razumevanja klientov. Dandanes vemo, da je terapevtov odziv ključen pri upravljanju z erotičnim transferjem. Idealni scenarij po Mannu (1997) bi bil, da terapevt z dobrodošlico sprejme erotični

transfer oz. na ustrezen način prizna svoj kontratransfer in ga jemlje kot priložnost za odkrivanje klientove podzvesti in ne kot odpor. Tudi Rodgers (2011) poudarja pomembnost priznanju seksualne privlačnosti v terapiji. Študija, ki sta jo izvedla Giovazolias in Davis (2001), to podpira, saj je 77,9 % vprašanih terapevtov potrdilo, da so čutili privlačnost do (vsaj enega) klienta. Podobno sliko kažejo podatki ene izmed prvih sistematičnih raziskav s področja, ki jo je izvedel Pope s sodelavkama (1986). V vzorcu 575 psihoterapevtov jih je večina, tj. 87 % (95 % moških, 76 % žensk), vsaj občasno čutila spolno privlačnost do klientov. Poleg tega jih je 63 % poročalo o občutkih krivde, tesnobe ali zmedenosti glede občutij privlačnosti, čeprav jih je le manjšina (9,4 % moških in 2,5 % žensk) to dejansko tudi udeležila. Približno polovica anketirancev ni bila deležna nobenih smernic ali usposabljanja glede te tematike, le 9 % pa jih je poročalo, da sta bila njihovo usposabljanje in supervizija ustrezna. Tudi raziskava Bridgesa (1998) potrjuje frekventnost soočanja z erotičnimi občutki med populacijo terapevtov specializantov.

Pričujoče delo je prva študija v slovenskem prostoru, ki naslavlja obe plati erotičnega transferja in predstavlja prvi znanstveni vpogled v dotično tematiko. Z vidika njene univerzalnosti je to izjemno pomembna tema, ki pa se v znanstveni literaturi ne naslavlja pogosto. Erotični (kontra)transfer je namreč pomemben del psihoterapevtskega odnosa in lahko v določenih primerih strokovne in etične vprašljivosti terapevta vodi v različne vrste zlorab (od psihičnih, čustvenih do spolnih). Z namenom osvetljevanja te teme v pričujočem delu odpiramo določena vprašanja in razmisleke, predvsem pa si želimo več odprtega prostora za pogovore o teh tematikah med strokovnjaki v smislu intervizij, supervizij, predavanj, izobraževanj, usposabljanj ali delavnic. Potrebno je omeniti specifično slovenskega prostora, kjer trenutno še ne obstaja Zakon o psihoterapevtski dejavnosti, kar povzroča precejšnjo zmedo in v nekaterih primerih tudi škodo, npr. povsem neusposobljenim posameznikom omogoča na zakonit način odpreti zasebno psihoterapevtsko prakso. Iz tega naslova lahko nastaja huda škoda v smislu zlorab, manipulacij in prevar klientov.

Glavni namen raziskave je bil osvetliti subjektivno doživljanje erotičnega transferja in kontratransferja iz dveh perspektiv psihoterapevtskega odnosa – tako s perspektive klienta kot terapevta. Želele smo ugotoviti, ali se klienti in terapevti razlikujejo v informacijah, ki so jih podajali. Za doseganje zastavljenih ciljev smo oblikovale dve raziskovalni vprašanji: 1) *Na kakšen način klienti in terapevti doživljajo erotični (kontra)transfer?* in 2) *Kako se klienti in terapevti soočajo z občutki erotične privlačnosti v psihoterapevtskem procesu?*

2. Metoda

2.1. Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 38 udeležencev, ki so imeli izkušnjo erotičnega (kontra) transferja v psihoterapevtskem procesu, od tega 20 klientov in 18 terapevtov.

V skupini klientov je bilo 16 žensk, trije moški in ena nebinarno spolno identificirana oseba. Stari so bili med 21 in 65 let. Najštevilčnejša skupina klientov je bila stara med 41 in 65 let (45 %), sledila je skupina starih med 30 in 40 let (30 %) ter med 21 in 29 let (25 %). Njihova izobrazba je segala od srednje šole ali manj do znanstvenega magisterija, pri čemer je imelo 10 % klientov končano vsaj srednjo šolo, 30 % višjo ali visoko šolo, 10 % prvo bolonjsko stopnjo, 35 % drugo bolonjsko stopnjo in 15 % znanstveni magisterij.

V skupini terapevtov je bilo 15 žensk in trije moški. Najštevilčnejši skupini terapevtov sta bili stari med 41 in 65 let (44 %) in med 30 in 40 let (44 %), sledila je skupina nad 65 let (12 %). Njihova izobrazba je segala od druge bolonjske stopnje (67 %) do magisterija znanosti (22 %) in doktorata znanosti (11 %). Zastopane psihoterapevtske usmeritve so bile transakcijska analiza (49 %), psihoanalitična (22 %), integrativna (11 %), sistemska (6 %), gestalt (6 %) in realitetna usmeritev (6 %).

2.2. Pripomočki

Sestavile smo lastno anketo v dveh različicah, ki sta se razlikovali v določenih podrobnostih. Prva različica je bila prilagojena klientom, druga terapevtom. Razlike so bile vezane na ciljno populacijo, npr. terapevti so morali odgovoriti, iz katere psihoterapevtske smeri izhajajo, sicer pa so bila vsa odprta vprašanja ista.

Na začetku so udeleženci odgovorili na demografska vprašanja o spolu, starosti in izobrazbi, nato pa so sledila vprašanja odprtega tipa, vezana na izkušnjo transferja ali kontratransferja, kjer so imeli udeleženci možnost opisati svoja občutja (npr. "Opišite, kaj se je zgodilo. Prosimo, bodite čim bolj konkretni in iskreni pri opisovanju primera. Vsi odgovori so anonimni." ali "Kako ste se s tem soočali?"). Sledila so zaprta vprašanja: "Ali ste se v terapiji s klientom o tem pogovarjali?", "Ali ste imeli občutek, da klient to vseeno čuti?", "S koliko različnimi klienti se vam je zgodil primer erotične privlačnosti?", "Ali ste se o tem pogovarjali v superviziji?" ipd.

2.3. Postopek

Spletno anketo smo objavile na spletni strani www.enka.si, kjer so se vsi odgovori shranjevali avtomatično. Udeleženci so si najprej prebrali obveščeno soglasje in ustrezno označili, če se strinjajo s pogoji udeležbe v raziskavi. Na začetku ankete

so bili naprošeni, naj si vzamejo trenutek za refleksijo in si skušajo priklicati v spomin situacijo, ko so (za)čutili erotično privlačnost do terapevta oz. klienta.

Za učinek snežne kepe pri vzorčenju in nabor raznolikih psihoterapevtskih usmeritev smo se obrnile na različne institucije, katere smo prosile za deljenje povezave do raziskave. Kontaktirale smo SINTO, IPSO, DPS, DŠPS, ZPS, GITO, SLOVENTO, SKZP in SFU. Povezava do raziskave je bila poslana preko mailing list in preko Facebook skupin omenjenih organizacij. Anketa je bila aktivna dva meseca, od 1. 10. 2018 do 29. 11. 2018. Podatke smo zbirale in analizirale s pomočjo programa Excel.

Po pregledu podatkov smo izločile vse nepopolne ankete (npr. oseb, ki niso v celoti prebrale vabila k sodelovanju v raziskavi, namenjenega le tistim klientom in terapevtom z izkušnjo erotičnega (kontra)transferja). Iz različnih razlogov smo izločile tudi tri osebe, ki so anketo v celoti izpolnile. Prva oseba je na vsa odprta vprašanja odgovorila pomanjkljivo - z le eno, vselej isto besedo. Druga oseba je navedla neskladne informacije - njena izbrana stopnja izobrazbe ni ustrezala vpisnim pogojem izbrane psihoterapevtske smeri, ki naj bi jo zaključila. Tretja oseba je v odgovorih delovala odcepljena od realnega sveta in ni navajala verodostojnih informacij.

Za preverjanje raziskovalnih vprašanj je bila uporabljena metoda analize vsebine, ki je potekala v treh fazah. V prvi fazi smo določile večje kategorije, v katere smo lahko uvrstile vsebino anket. Sledilo je klasificiranje tem in podtem, ki se pojavljajo znotraj kategorij. V zadnji fazi smo našim temam dodale kode v obliki citatov. Vsak citat smo uporabile le enkrat, saj je namen pripisovanja citatov preverjanje polnosti tem. Na ta način smo ocenile, ali je v določeni kategoriji obstajalo več tem, ki so podpirale njen obstoj.

V nadaljevanju so citati pod vsako podkategorijo zapisani v poševnem tisku znotraj dvojnih navedkov (» «), za vsakim pa sledi zapis v oklepaju, ki označuje posamezen citat. Citati so zapisani na način npr. (K6), pri čemer K predstavlja klienta in 6 njegovo zaporedno številko udeležbe v študiji ali (T12), pri čemer T predstavlja terapevta in 12 njegovo zaporedno številko udeležbe v študiji. Udeleženci študije so razvrščeni po kronološkem zaporedju. Z namenom lažje primerjave so v nadaljevanju prikazani tako odgovori klientov kot terapevtov.

3.

Rezultati in razprava

V raziskavo so bili vključeni le tisti terapevti in klienti, ki imajo izkušnjo erotičnega (kontra)transferja v terapevtskem procesu in so bili o tem pripravljeni deliti svoja opažanja, zaznavanja in uvide. Večina terapevtov (83,3 %) o svojih erotičnih občutjih ni spregovorila s klientom, čeprav jih je 33,3 % menilo,

da to klient vseeno občuti. Nekateri so imeli do tega negativna prepričanja, kot kaže primer: »O tem nisem govoril, to ni nekaj, kar bi se tikalo klientke, saj mi ne plačuje za samorefleksijo« (T3). Večina terapevtov (77,8 %) je o tem spregovorila na superviziji, kar so doživljali kot pozitivno izkušnjo: »S klientom sem se v naslednjih urah pogovarjala o najinem terapevtskem odnosu in o njegovem odpiranju na čustvenem nivoju. Erotične občutke do njega sem lahko normalizirala, jih raziskala v superviziji, osebni terapiji, in so izzveneli« (T5). Polovica terapevtov je primer erotične privlačnosti doživelo le z enim klientom, ostali so navajali več primerov. Povprečna dolžina vključenosti v psihoterapijo je bila tri leta in pol.

Na podlagi odgovorov o doživljanju erotičnega transferja smo oblikovale tri glavne kategorije: 1) pričakovanja in želje, 2) doživljanje čustev in 3) doživljanje telesnih odzivov. Opremile smo jih s podkategorijami in s citati udeležencev, ki so razvidni v nadaljevanju.

3.1. Pričakovanja in želje

Klienti so v odgovorih poročali o zaznavanju svojih pričakovanj in želja, za katere predvidevajo, da so pripeljale do pojava erotičnega transferja s terapevtom. Pokazale so se tri glavne potrebe klientov, ki so razvidne iz tabele 1. V tem delu raziskave smo odgovore klientov in terapevtov razdelile v dve tabeli, saj so se podkategorije razlikovale med skupinama. Navedeno je tudi število citatov, ki podpirajo obstoj določene podkategorije.

Tabela 1

Pričakovanja in želje klientov

Podkategorije odgovorov klientov	Število citatov
Potreba po sprejemanju	7
Potreba po spoštovanju, potrditvi in pomembnosti v odnosu	5
Potreba po samodefiniciji	3

Po Erskinu s sodelavci (1999) se tudi v terapevtskem odnosu pojavljajo potrebe, ki izhajajo iz človeške potrebe po interakciji, hkrati pa prav te potrebe odnose hranijo in negujejo. Skozi pričakovanja in želje klientov smo izluščile tri relacijske potrebe: potrebo po sprejemanju, potrebo po spoštovanju, potrditvi in pomembnosti (predvsem po občutku, da smo razumljeni) in potrebo po samodefiniciji (predvsem po izražanju sebe).

Med pričakovanji in željami je klientom pomembno, da se počutijo sprejete. Da se v odnosu lahko pokažejo takšni, kot so, tudi kadar niso v svoji najboljši

različici in da jih zaradi tega ne bo nihče obsojal. Za opisovanje občutkov so nekateri uporabili odnose iz preteklosti ali sedanjosti, npr. družinske ali partnerske odnose:

»... naklonjenost in bližina brez dotikov, sprejemanje brez pogojev - vendar z jasno mejo med jaz in ti.« (K19)

»Nezadovoljene relacijske potrebe, potreba po odobravanju s strani avtoritete, velika pozornost in naklonjenost s strani starejšega moškega, česar v odnosu z očetom nisem bila deležna.« (K3)

»Čutila sem prijetno očetovsko bližino.« (K9)

»Ta občutek, da te nekdo popolnoma sprejema...« (K8)

»... bila sem presrečna, da sem vseč terapevtu, avtoriteti...« (K13)

»Čutila sem izjemno naklonjenost do njega, da me res sprejema in spoštuje, da sem v celoti ok. To je trajalo izmenično, najbolj se je odražalo takrat, ko s partnerjem nisva bila ok.« (K16)

»Močna želja po podpori, stiku, biti ljubljena in sprejeta. Ko sem prvič v življenju imela izkušnjo, da je tam nekdo zame, me posluša, jemlje resno... sem verjetno to doživela kot nekaj čisto novega in to idealizirala.« (K1)

V določenem obdobju se povezujemo z ljudmi, ki imajo podobne izkušnje, kot jih imamo sami. Gre za potrebo po potrditvi in občutku, da smo razumljeni, da se lahko pogovarjamo z nekom, ki ve kako je biti v določeni situaciji in razume, kaj doživljamo.

»Občutek razumljenosti, tako redek pri meni v odnosih z nasprotnim spolom.« (K18)

»Ko sem o tem prebrala na internetu in ugotovila, da je to "normalno", sem si oddahnila v pričakovanju, da bom to lahko delila s terapevtom in bova lahko pogledala, kaj to pomeni zame.« (K1)

»Začela sem doživljati terapevta kot idealnega partnerja. Zavedala sem se, kako različen je od mojega partnerja - vedno me posluša, razume, mi je na razpolago, se odzove, se zanima zame...« (K3)

»Razumevanje mene, videnje mene kot celovitega bitja.« (K19)

»Razumevajoč, interpretirala sva sanje in občutke, transfer.« (K4)

Potreba po samodefiniciji in izražanju sebe pomeni, da klient v odnosu s terapevtom lahko izrazi svojo edinstvenost, terapevt pa to edinstvenost priznava in spoštuje. Ravno obratno kot zgoraj, kjer se počutimo povezane z ljudmi s podobnimi izkušnjami, potrebujemo občutek, da smo v nekaterih stvareh posebni in da nas drugi sprejemajo, četudi razmišljamo in delamo drugače od njih.

»Morda mi je bilo vseč, da me nekdo analizira in preiskuje moje misli, dialog je bil kakovosten, usmerjen, omogočil mi je v nekaterih ozirih osvoboditev, sprostitev.« (K2)

»Moja odprtost za simpatije. Intelktualna in estetska privlačnost terapevtke. Moja občutenja sprostitev med seansami, saj sem bil v okolju, ki je name vplivalo

ugodno in mi je pomagalo rasti, rešiti težave. Moj močan spolni nagon in dominantna osebnost v odnosih. Moja nepripravljenost ločevanja med suhoparnimi poklicnimi stiki in erotičnimi stiki. Moja neinhibiranost na področju seksualnosti.« (K2)

»Precej težko, vendar sem mu povedala in o tem sva potem na urah razpravljala.« (K18)

V kontekstu relacijskih potreb se je pojavila tudi tematika idealizacije, ki je vezana na privlačnost terapevtskega settinga. Erotične občutke do terapevta lahko delno pripišemo okolju, v katerem se srečujeta, ter naravi odnosa med klientom in terapevtom. Znotraj njega se namreč skrivajo kvalitete, ki jih iščemo v sočloveku (Rouholamin, 2007). Vsakdo ima željo biti slišan, priznan, validiran. Terapevt je nekdo, ki te posluša, razume, brezpogojno sprejme (tudi ko si v najslabšem stanju), te ne izkorišča. To so kvalitete, ki jih iščemo v ljubljeni osebi in so vezane tudi na družinske, prijateljske, partnerske odnose. Pa vendar je terapevtski setting še toliko bolj privlačen, ker terapevt med srečanjem "obstaja samo za klienta", o sebi ne govori, klient celotno srečanje preživi v vlogi glavnega akterja, vsa pozornost je usmerjena vanj in v razumevanje njegovih težav ob podpori strokovnjaka, avtoritete, "rešitelja". Opisan varni prostor nudi popolne pogoje za odkrivanje nezadovoljenih relacijskih potreb (kar je tudi eden izmed namenov terapije) in posledično tudi za projekcijo želja in pozitivnih kvalitet na terapevta (ali na njun odnos). Kot pravi eden izmed klientov, je na razvoj privlačnosti vplivalo "zaupanje ter njeno telo".

V primerjavi s klienti so terapevti navajali drugačna pričakovanja in želje, ki so bila vezana na avtentičnost klienta, potrebo po spoštovanju in občudovanju ter željo po reševanju, kar je razvidno iz tabele 2. Lahko bi jih povezali z relacijskimi potrebami po Erskinu s sodelavci (1999), kjer bi pri avtentičnosti klienta terapevti čutili potrebo po vzajemnosti, pri potrebi po spoštovanju in občudovanju bi zadovoljevali potrebo po imeti vpliv na drugo osebo in želja po reševanju bi lahko bila povezana s potrebo po samodefiniciji ali izražanju ljubezni.

Tabela 2

Pričakovanja in želje terapevtov

Podkategorije odgovorov terapevtov	Število citatov
Avtentičnost klienta	3
Potreba po spoštovanju in občudovanju	4
Želja po reševanju	2

V odgovorih terapevtov lahko s potrebo klientov po izražanju sebe povežemo "navdušenje" terapevtov nad avtentičnostjo klientov.

»... razumem, da je tisto, kar me privlači človek, ki je nenarejen, in pri tem ne rabim niti klientov niti te specifične klientke.« (T3)

»... presenetila sem se, kako lepa je, ko je razpustila lase. Neka nežnost se ji je prikazala na obrazu.« (T1)

»S svojo podobo in načinom govora se mi je takoj zdela privlačna. Delovala je iskreno, v stiski, obenem pa dejavna, privlačna.« (T12)

Terapevti pri pojavu erotičnega kontratransferja izpostavljajo tudi svojo potrebo po spoštovanju, biti cenjen, torej tudi nekomu pomemben, vendar lahko svoje občutke distancirajo od konkretnih klientov. V nekaterih primerih so svoje želje projicirali na partnerja.

»Klient je občudoval mojo urejenost in druge kvalitete, ki so zanj pomembne tudi v odnosu do drugih pomembnih oseb.« (T9)

»Moj značaj je tak, da sem odprt, rad imam človeško bližino, verjetno mi tudi ustreza, da se čutim komu koristnega. Gre za narcisizem, ki je nagrajevan v stiku s stranko.« (T12)

»Sprva sem pomislila, da tak kot je ta klient si želim, da bi bil moj partner ... zvest, predan, ljubeč.« (T13)

»Zaželela sem si, da bi moj partner to začutil do mene.« (T4)

Poleg tega navajajo željo po reševanju, kar bi lahko povezale tudi s samo izbiro in naravo psihoterapevtskega poklica, kot smo podrobneje opisale zgoraj.

»Odnos do žensk v generalnem in moja želja po pomaganju, posluhu.« (T2)

»... in rešiteljska pozicija.« (T10)

3.2.

Doživljanje čustev

Opažamo, da so v povezavi z doživljanjem erotičnega (kontra)transferja v ospredju občutki sramu in krivde, pojavlja se strah, kot je razvidno iz tabele 3. Na drugi strani tako klienti kot terapevti opisujejo tudi prijetne občutke, kot je npr. zaljubljenost, naklonjenost, občutek privlačnosti.

Tabela 3

Doživljanje čustev

Podkategorije odgovorov	Število citatov	
	Klienti	Terapevti
Sram in krivda	6	3
Strah	5	3
Zaljubljenost in naklonjenost	3	6

Klienti ob erotičnem transferju poročajo o svojem doživljanju občutkov sramu in krivde, saj sta v tem primeru povezani dve temi, ki sta že sami po sebi občutljivi in globoko intimni: sram in spolnost, erotičnost. Sram je torej socialni občutek, povezan z navzočnostjo nekoga drugega, pri čemer klienti ocenjujejo, da občutkov privlačnosti in zaljubljenosti do terapevta ne bi smeli čutiti. Terapevti se po drugi strani zavedajo, da so ti občutki nekaj "običajnega" in zelo verjetni, vendar kljub temu do neke mere občutijo sram. V odgovorih nekaterih klientov najdemo sram v konkretni besedni obliki, pri drugih v posredni obliki:

»... brez obtoževanja in strahu, bilo pa je nekaj sramu na moji strani.« (K19)

»Čutila sem sram, strah, krivdo. Bilo je zelo čustveno težko in naporno za prenest.« (K15)

»Izredno težko mi je bilo o tem spregovoriti terapevtu. Veliko sramu. A sem mu povedala.« (K8)

»Bilo mi je zelo neprijetno, mislila sem, da je nekaj "narobe" z mano.« (K1)

»Potlačila sem vzgibe.« (K10)

»Zgolj enostransko, z moje strani spodbujeno razmišljanje o tem je lahko pripe-ljalo do spolne fantazije, včasih pa tudi do gnusa, saj se mi – zaradi formalnega, klient-terapevt odnosa med nama – ni zdelo primerno, da o tem razmišljam, ali da to sploh začutim.« (K2)

Terapevti, ki so izobraženi o tematiki in so v procesu večletnega usposabljanja, o kontratransferju večinoma spregovorijo na urah lastne terapije in v superviziji. Podobno kot klienti sicer poročajo o neprijetnih občutjih ob tem (sram, nelagodje), vendar se zavedajo, da je tovrstne občutke potrebno normalizirati, saj bi v nasprotnem primeru lahko zavrnilo pomemben del za raziskovanje tako svojih kot tudi klientovih občutkov in podzvesti (Mann, 1997). Iz odgovorov terapevtov lahko vidimo, da s pojavom "znajo ravnati", se z njim soočiti ali občutke vsaj zaznati in jih opazovati, pri svojem delu se odzivajo etično. Glede na rezultate lahko skladno z drugimi študijami (npr. Bridges, 1998; Giovazolias in Davis, 2001; Pope idr., 1986) tudi predvidevamo, da je pojav erotičnega (kontra) transferja v psihoterapiji mnogo bolj razširjen, kot se mu namenja pozornosti. Za zanesljivo in veljavno oceno trenutnega stanja v slovenskem prostoru bi bilo potrebno narediti študijo z reprezentativnim vzorcem in visokim številom udeležencev, npr. $N > 300$.

»Spominjam se, da sem bila najprej presenečena, zatem malo ogorčena nad seboj, da vpričo klienta mislim o njegovem telesu in njegovi lepoti, potem pa sem se znotraj sebe nasmehnila in si rekla, da je vse ok, normalno, in da naj raziskujem, kaj je moje in kaj njegovo.« (T5)

»Ni bilo lahko, potrebovala sem redno supervizijo. Intenzivne odnose sem reševala tudi na osebni terapiji.« (T8)

»Najprej me je zelo presenetilo in me je bilo pred samo seboj nekako sram. Nisem razumela vsega skupaj in sem poskušala te občutke negirati, potisniti ...« (T14)

Klienti in terapevti so navajali tudi občutja strahu, ki so bila vezana na različne vidike doživljanja in so v nekaterih primerih na vedenjski ravni rezultirala kot izogibanje. Čustvo strahu nastopi, kadar se nam zdi, da smo ogroženi (mi, naše vrednote ali nekaj, kar se nam zdi pomembno), hkrati pa nimamo moči, da bi se zaščitili. Lahko bi izpostavile, da je v odgovorih čutiti zelo tanko mejo med občutki strahu in zgoraj navedenim sramom oz. krivdo ali gnusom.

»Bala sem se, da sem se zaljubila v terapevta.« (K3)

»Nehala sem hodit k njemu na terapije.« (K10)

»Hm... Ljubljana je majhna, o tem ne bom razpravljala« (odgovor na vprašanje »Iz katere psihoterapevtske smeri je bil izobražen opisani terapevt?«) (K11)

»Ob prvi epizodi mi je bilo težko, obenem pa si o tem nisem upala govoriti. Minilo je kar nekaj časa, preden sem to temo odprla s terapevtom ...« (K3)

»Groza me je bilo, da me bo zaradi mojih čustev do nje zapustila, da se ji gnusim, da si ne želi več imeti terapije z mano, da me vidi kot psihopata, izprijenca. Skratka, grozno je in si želim, da vseh teh čustev ne bi bilo ...« (K20)

Terapevti podobno navajajo občutke strahu, vendar bi prav tako lahko šlo za mešanico sramu in krivde, občutki strahu pa bi bili lahko povezani s samim potekom dela in zmožnostjo ostati v odnosu s konkretnim klientom.

»... vzajemna privlačnost, moji občutki krivde...« (T10)

»Ustrašila sem se tega občutenja.« (T4)

»... me je za hip obšla misel in kasneje strah, da bi do klienta lahko čutila globlja čustva. [...] Strah je po uri lastne terapije in supervizije minil.« (T15)

Zaljubljenost in naklonjenost se odraža na različne načine: drugega človeka vidimo v najlepši možni luči, vidimo ga kot privlačnega in mu dajemo občutek, da je za nas pomembna oseba, ko si želimo biti v njegovi družbi. Možno je tudi, da deloma ali v celoti izgubimo občutek za realnost. Občutke zaljubljenosti in naklonjenosti klienti opisujejo kot:

»Navezanost, skoraj zaljubljenost, dobre pol leta...« (K6)

»Potem mi je postal všeč, ker je tako pozoren in tako "skrbi zame", da sem se zaljubila...« (K13)

»Ko sem se vozila na terapijo, sem čutila metulje v trebuhu, kot da sem zaljubljena ...« (K8)

Podobno so se o občutkih zaljubljenosti in naklonjenosti izpovedali tudi terapevti:

»Zatem sem čutila prijetnost in hvaležnost, da sva se povezala, temu pa se je pridružila še podoba njegovega telesa in zavedanje, kako lep moški je.« (T5)

»Čutila sem naklonjenost, privlačnost. Kot da se razumeva in prepoznavava na

globljih nivojih.« (T10)

»Klient me je enostavno nekako prevzel in navdušil, bil je lep moški, s posebno, zelo privlačno energijo.« (T14)

»Čutila sem veliko ljubezni, topline [...] hrepenenja po biti bližje... imela sem občasne fantazije biti v odnosu s tem klientom...« (T16)

»Občutek čustvene bližine s klientom ... sem včasih občutek čustvene bližine povezovala tudi s telesno bližino.« (T5)

»Začutila sem privlačnost v odnosu do zelo slabo strukturiranega klienta, ki se je ves čas terapije mučil s seksualnimi fantazijami, povezanimi z mano.« (T8)

3.3. Doživljanje telesnih odzivov

V tabeli 4 smo združile različne telesne odzive klientov in terapevtov na erotični (kontra)transfer, ki lahko rezultirajo v potrebi po realizaciji dotičnih občutij.

Tabela 4

Doživljanje telesnih odzivov

Podkategorije odgovorov	Število citatov	
	Klienti	Terapevti
Erotični telesni občutki	5	7
Neprijetni telesni občutki	5	1
Potreba po realizaciji	5	4

Doživljanje erotičnih telesnih občutkov je navedlo nekoliko višje število terapevtov kot klientov, oboji so jih opisovali v svojih refleksijah ob pojavu erotičnega (kontra)transferja. Razmišljamo, da je v terapiji močno v ospredju človekov glas in vse v povezavi z njim (ton, način govora, barva, intonacija), kar lahko spodbudi in izzove močne telesne reakcije in občutke zapeljevanja, saj je izven terapevtskega settinga to eno od orodij začetnega spoznavanja in zapeljevanja. Večinoma pa v povezavi s telesnimi občutki klienti opisujejo:

»Čutila sem zelo močno privlačnost do nje, ki ni bila zgolj erotična, pač pa me je pritegnila na vseh možnih nivojih...« (K20)

»Toplo energijo, blokade v komunikaciji.« (K14)

»Začutila sem erotično privlačnost do osebe nasprotnega spola. To so bili vselej le kratki trenutki. Zavedala sem se, da sem ženska, ki me privlači moški - in moj terapevt je pač eden od njih.« (K19)

»Vsakič pred srečanjem sem čutila močno vznemirjenje, ki se je kazalo kot tesnoba v prsnem košu. To se je spreminjalo, nekaj časa močneje, potem manj in spet močneje.« (K1)

»... sem bil seveda v načinu iskanja partneric(e)...mlada, simpatična psihoterapevtka je v tistem trenutku morda poosebljala vse, kar sem si želel videti v partnerici. Inteligentna, lepa, oblečena v črno, kar jo je naredilo še posebej seksi...« (K2)

Terapevti navajajo naslednja erotična telesna občutja, ki so jih občutili ob svojih klientih:

»Čutila sem mehko telo, najmočnejša intenziteta je bila v predelu srca in nožnice.« (T4)

»Začutila sem privlačnost.« (T6)

»Čutila sem veliko ljubezni, topline ("gorelo" mi je srce), nežne seksualnosti, hrepenenja po biti bližje...« (T16)

»Klient je vstopil v prostor in pri sebi sem zaznala, da sem ga pogledala in občutila neko telesno in čustveno privlačnost.« (T18)

»To je trajalo nekaj seans in pri meni ni bilo prisotno vedno, nekako se je pojavljalo "v valovih" (ob prihodu, ob trenutku, ko se je nasmejal itd.).« (T14)

»Začutila sem nek eros v zraku, en občutek 'pecanja', prevelike uslužnosti in poskus ugajanja.« (T2)

»Čutil sem erotično privlačnost do nekaj let mlajše klientke. Izven terapevtske seanse sem imel tudi erotične fantazije, povezane z njo. [...] Moje erotične fantazije so del običajnega dnevnega sanjarjenja.« (T6)

Neprijetni ali nelagodni občutki, o katerih poročajo le klienti, so bili po njihovih razlagah precej intenzivni. Opisujejo jih z besednimi zvezami, kot so npr. panični napad, nočne more, živčna napetost in čustvena preplavljenost.

»Zelo zelo težko mi je bilo. Vse bi dala, da ne bi tega čutila. Ti občutki so bili tako intenzivni, da so me preplavljali in sploh nisem mogla o ničemer drugem razmišljati, kot o njej. Močno sem jo pogrešala med terapijami, zelo sem si želela biti z njo, del njenega življenja. Vedno me je zanimalo, kako je, kako se počuti, če je vse ok, ali ji lahko kako pomagam. Zaradi vseh teh močnih čustev sploh nisem zmogla vzpostaviti očesnega kontakta z njo, skorajda je nisem zmogla pogledati.« (K20)

»Ob tem me je prešinila erotičnost, ampak hkrati nelagodje.« (K11)

»Doživela sem hud panični napad, ponoči, kot neko nočno moro ... Občutek je bil grozen, kot da umiram, kot da plavam nad svojim telesom.« (K13)

»Hipoma so se mi razširile zenice, obenem se mi je dvignil pritisk oz. živčna napetost.« (K17)

»Bilo mi je neprijetno na naslednji seansi.« (K4)

Tudi nekateri terapevti so navajali neprijetne občutke ob erotičnem kontratransferju:

»Ob ugodnem občutku je takoj sledil kritični del. [...] Najprej sem želela dogodek potlačiti takoj po koncu terapije. Čutila sem sram.« (T4)

Potrebo po realizaciji pa si razlagamo s tem, kako močno je občutenje privlačnosti vplivalo na fantaziranje, da bi izstopili iz okvirja terapije in se prepustili zgolj in samo ljubezenskim občutkom.

»Tudi erotične sanje sem imela, da sva imela spolni odnos. Velikokrat sem razmišljala, kako bi bilo, če bi bila midva par.« (K8)

»Zelo sem si želela njenega objema in dotika, tega, da jo privijem k sebi in da ostaneva tako nekaj časa, zelo sem hrepenela po njeni bližini. Po tem, da se je jaz dotikam, jo poljubljam po celem telesu, oralno zadovoljim, jo božam, poskrbim zanjo in za njene potrebe, jo pripeljem do vrhunca.« (K20)

»Povedala sem kolegici, ki terapevta prav tako pozna, in sem se malo slinila po njem še v njeni družbi.« (K16)

»Terapevt se mi je zdel erotično privlačen, sanjala sem, da seksam z njim na terapevtskem stolu.« (K4)

»Začutila sem jo [privlačnost], ko sem predelovala spolne zlorabe iz otroštva, in na ta način videla njega kot napadalca. Na neki točki sem začutila erotično privlačnost in si tako podzavestno želela iste izkušnje. Ker je bil terapevt strokoven in sem lahko odkrito komunicirala z njim, me je vsekakor zavrnil, da ni prišlo do zlorabe. Jaz sem pa lažje razumela zakaj do njega ravno na tej točki čutim privlačnost, medtem ko je prej ali od takrat dalje nisem več.« (K15)

Navajamo štiri odgovore terapevtov, pri čemer se je v nekaj primerih terapevtski odnos tudi zaključil - ne glede na to, ali sta bila klient in terapevt pripravljena o tem spregovoriti drug z drugim.

»Začutil sem potrebo, da bi se ji približal, se je dotaknil, morda objel.« (T12)

»Spomnim se, da je imela klientka oblečeno majico brez modrca in da sem videl njene bradavičke skozi blago. Spomnim se, da sem razmišljala, da me mika in da je škoda, da je moja klientka. To se mi je zgodilo samo enkrat.« (T3)

»Prednost je imel profesionalni pristop, tako da sem brez težav obdržal etično terapevtsko držo. Na splošno erotični kontratransfer ni motil poteka terapije. Moje erotične fantazije so del običajnega dnevnega sanjarjenja. S klientko o tem nisva nikoli govorila (ni bilo priložnosti, ker so bile v ospredju druge teme). Iz enakega razloga o tem nisem govoril v superviziji.« (T4)

»Klient mi je bil fizično všeč, zelo lepo je zgledal in sem imela fantazije po srečevanju izven terapije, npr. kava, kosilo. Nisem imela erotičnih fantazij, vseeno pa sem čutila, da me privlači. [...] Erotični transfer je trajal zelo dolgo, občasno je bil bolj prisoten, občasno manj. Zmanjšal se ni niti, ko je klient dobil partnerko. Proti koncu terapije pa se je nekoliko zmanjšal oz. se spremenil v občutke naklonjenosti in spoštovanja.« (T17)

Spodbujanje odprtega pogovora o pojavu erotičnega (kontra)transferja v družbi bi nedvomno vplivalo na kliente in njihovo pripravljenost na pogovor o občutljivi, stigmatizirani temi. Soočanje z erotičnim kontratransferjem namreč

niti za terapevte ni bilo lahko: »Najprej me je zelo presenetilo in me je bilo pred samo seboj nekako sram. Nisem razumela vsega skupaj in sem poskušala te občutke negirati, potisniti... potem sem se odločila, da grem na supervizijo s to temo, ker mi je izgledalo, kot da ne bo izzvenela sama od sebe.« (T14) ali »... me je za hip obšla misel in kasneje strah, da bi do klienta lahko čutila globlja čustva...« (T15). Po tem sklepamo, da je tematika erotičnih čustev še toliko bolj neobičajna za kliente, saj ne poznajo specifik terapevtskega procesa, obenem pa ostajajo z zahtevnimi čustvi, kar Kumin (1985) povedno imenuje »erotična groza« (angl. erotic horror). Odgovori nakazujejo, da klienti ne vedo, kako naj se soočajo z občutki erotične privlačnosti do terapevta in ali je o tem sploh dovoljeno govoriti. Posledično lahko čutijo zmedo, sram, krivdo, strah, gnus, žalost, frustracijo. Navedena sta primera dveh klientk, ki opisujeta pomen normalizacije: »Ob drugi epizodi mi je že bilo jasno, kaj se dogaja, zato sem svoje fantazije lažje sprejela...« (K3) in »Najprej sem šla brat članke na spletu, da sem bolje razumela, kaj se mi dogaja. Izredno težko mi je bilo o tem spregovoriti terapevtu. Veliko sramu. A sem mu povedala. Bil je zelo razumevajoč. Pošalil se je. To je poglobilo najin terapevtski odnos. Razložil mi je povezave, kako do tega pride. Normaliziral je okoliščine...« (K8).

Glede na to, da je erotični (kontra)transfer univerzalen pojav, bi ga morali približati tudi klientom v vseh svojih različicah in pojavnih oblikah. Poleg znanstvenih in strokovnih prispevkov je medijski svet odlična sfera za ustvarjanje kolektivne resničnosti. En izmed klientov se je ob želji po normalizaciji lastnih občutij spomnil primera iz filmske produkcije: »Ko sem brskal po svoji knjižnici primerjav (v glavi), sem se spomnil serije Sopranovi, kjer ima mafijski šef Tony Soprano izjemno zanimiv, erotičen, skoraj-ljubezenski odnos s svojo psihoterapevtko.« (K2), kjer pa je izrednega pomena, kako je fenomen predstavljen. V primeru, da gre za ustrezen prikaz (npr. spoštljiv pogovor, terapevt odpre tematiko na superviziji, zaključek brez zlorabe), je to lahko dobrodejno za kliente, v nasprotnem primeru pa lahko kaže svoje pasti (npr. terapevtovo sanjarjenje, molčanje na superviziji, prestopanje etičnih meja, zloraba osebnih zaupnih podatkov). Ob tem bi se morali klienti jasno zavedati tudi svojih pravic, ki jih varujejo pred izkoriščanjem s strani pozicije moči oz. avtoritete psihoterapevta. Terapevt se mora namreč ustrezno odzvati tudi v primeru, ko klient nepričakovano odpre tematiko svojih občutij privlačnosti do njega. Iz spodaj opisanega primera je razvidno, kako pomembna je normalizacija klientovih čustev, ki preko razumevanja izvora občutij služi kot priložnost za poglobitev odnosa: »S tem, da sem za te občutke odkrito spregovorila s terapevtom in telesno občutila senzacije, ki sem jih v otroštvu potlačila. Nato je bilo res veliko lažje...« (K15).

Žal pa situacija ni vedno strokovno ustrezna. Izpostaviti želimo izpovedi treh klientk (15 %), kjer je terapevt realiziral svoje erotične namere in klientki

povzročil stisko ali škodo. Ena izmed klientk je opisala primer, kjer je doživela, da je terapevt prispeval k zmedu in posledično k razvoju notranje čustvene stiske: »Terapevt se je odzval na način, ki me je pustil zmedeno. Nisem razumela, ali mi tudi on vrača naklonjenost in zanimanje zame ali ne. Ne le v vlogi terapevta, ampak tudi zame kot žensko. Veliko časa sva se pogovarjala o moji "zaljubljenosti", predvsem zato ker sem bila vedno bolj zmedena, kaj mi želi povedati on o svojem doživljanju. Ob tem sem krivila tudi sebe, da nisem sposobna razumeti njegovih razlag in si samo domišljam, da mi sporoča, da tudi on čuti naklonjenost do mene kot ženske, ne le kot klientke. Nekaj časa sva lahko delala tudi na drugih temah, a vedno znova se je zame vračala zmedenost in stiska okrog čustev in odzivov z njegove strani.« (K1). Po njenih besedah je morala sama postaviti meje, šla je k drugemu terapevtu, pri čemer ni dobila odgovorov, ki bi jo pomirili. S čustvenega vidika je situacija ostala nerazrešena, odprta, pustila ji je veliko nezaupanja in dvomov. V odnosu z naslednjim terapevtom je potrebovala več let, preden mu je lahko resnično zaupala. Druga klientka je opisala svojo izkušnjo vedenjskega prestopanja strokovnih meja s strani svojega psihoterapevta: »Imela sem občutek, da je tudi on meni naklonjen. Kasneje se je izkazalo, da sem imela prav. Začel se me je dotikati (prijel za roko, ramo itd.), po končani terapiji me je vedno objel. Zaključilo se je s poljubom. Mesec kasneje je kričal nad menoj in prekinil terapijo.« (K6). Tretja je zapisala svojo pretresljivo zgodbo: »Bila sem pri nestrokovno usposobljenem hipnoterapevtu, kar sem ugotovila seveda kasneje, in doživela zelo hudo re travmatizacijo. Namreč najprej me je on začel osvajati z mimiko, pogledi in pretirano prijaznostjo. Meni je bilo to seveda všeč, bila sem presrečna, da sem všeč terapevtu, avtoriteti. Pošiljal mi je poetične e-maile in romantične skladbe. Bila sem čisto v oblakih. Potem mi je postal všeč, ker je tako pozoren in tako "skrbi zame", da sem se zaljubila. Spravil me je tako daleč, da sem se vpisala na nek njegov tečaj in tam me je že na drugem srečanju začel otipavati. Na tej točki mi je končno kliknilo in sem zaključila z njim. Izkoristil je mojo naivnost in me zlorabil čustveno, finančno in spolno (otipavanje). Potem sem rabila par let, da sem se pobrala in dojela. [...] Ko sem ugotovila, da me je zlorabil, mi je bilo grozno. Doživela sem hud panični napad, ponoči, kot neko nočno moro. Takrat nisem vedela, kaj je to. Občutek je bil grozen, kot da umiram, kot da plavam nad svojim telesom. Govorila sem si samo: "jutri grem k zdravnici, ona mi bo pomagala, ona me bo 'rešila', ona me bo rešila". [...] Imela sem hude posledice. Nekaj časa sem bila razdvojena, razcepljena oseba. Noro. Del mene je bil totalno zaljubljen v njo, del mene pa, kot da je vedel za iluzijo...« (K13). Klientka je poročala o hudih posledicah v duševnem zdravju, ki so trajale več let.

Menimo, da je opisanih primerov žal mnogo več, kot deluje na prvi pogled. Klienti, ki so preživeli zlorabo tistih terapevtov, ki izkoriščajo svojo pozicijo moči in avtoritete, nimajo ustreznih naslovov, kam se obrniti po pomoč – kar je še posebej boleče, saj naj bi bil ravno terapevt ključna varna oseba znotraj

posameznikove podporne mreže. Z vidika zaščite klienta je nujna zakonska ureditev poklica psihoterapevta, ki trenutno dopušča preveliko svobodo tako na področjih pridobivanja psihoterapevtske izobrazbe kot tudi izvajanja psihoterapevtskih storitev. Na možno škodo ljudem v stiski že dolgo opozarjata Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP) in Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS) ter poudarjata, da mora Republika Slovenija v namen regulacije sivega področja zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja sprejeti Zakon o psihoterapevtski dejavnosti. Ob tem bo nujna vzpostavitev etične komisije, ki bo klientom omogočala možnost pritožb in ustrezno obravnavanje opisanih neprimernih dejanj terapevtov.

4. Zaključki

Naša raziskava kaže, da klienti in terapevti opisujejo fenomen erotične privlačnosti preko štirih glavnih področij delovanja posameznika: kognitivnega, čustvenega, telesnega in vedenjskega. Odgovore smo razdelile v tri glavne sklope: 1) identifikacija nezadovoljenih relacijskih potreb, ki so vplivale na razvoj pričakovanih in želja v obliki erotičnega (kontra)transferja, 2) opis čustev ter 3) opis telesnih občutkov, ki so se pojavili ob sami izkušnji fenomena. Izpostavljamo nekatere zanimive razlike v načinu, kako ga zaznavajo klienti in kako terapevti. Podobno kot klienti sicer poročajo o neprijetnih občutkih ob erotični privlačnosti (sram, nelagodje), vendar se zavedajo, da je tovrstne občutke potrebno normalizirati, saj bi v nasprotnem primeru lahko zavrnili pomemben del raziskovanja tako svojih kot tudi klientovih občutkov in podzvesti. Z vidika neverbalnega dela odnosa med terapevtom in klientom lahko neizrečene ali nezavedne vsebine zaidejo v proces, zato je ključnega pomena, da so terapevti pripravljeni spregovoriti o tem na superviziji in postopoma ozaveščati morebitne erotične vsebine, ki jih doživljajo ob klientih. Ob tem naj bi bil cilj ustvarjati dovolj varno terapevtsko okolje, kjer bi tudi klienti lahko spregovorili o svojih doživljanjih.

Žvelc (2017) je v svoji doktorski disertaciji razvijala model spodbujajočih in ovirajočih dejavnikov v superviziji psihoterapije, kjer supervizanti in supervizorji erotičnega (kontra)transferja niso omenjali. V našem vzorcu nas je presenetilo, da je 77,8 % terapevtov o pojavu spregovorilo tako na svojih terapijah kot na superviziji in interviziji. Sklepamo, da na to vpliva sestava našega namenskega vzorca, kjer so se na vabilo k sodelovanju verjetno odzvali zgolj tisti posamezniki, ki jih fenomen zanima in so v preteklosti že imeli dotično izkušnjo. To nikakor ne govori o splošni prevalenci pojava erotičnega (kontra)transferja med terapevti, saj bi bilo za pridobitev teh podatkov potrebno izvesti kvantitativno študijo z reprezentativnim vzorcem.

Opazile smo tudi, da klienti terapevta pogosto idealizirajo in si želijo, da bi mu bil njihov partner bolj podoben. Že sama izbira partnerja kot element primerjave (namesto npr. prijatelja) kaže na relacijske potrebe v kontekstu strokovnega odnosa. Partner je namreč nekdo, ki nam nudi psihološko oporo, nanj smo navezani, zveza lahko vključuje elemente intimnosti, strastnosti in zavezanosti. Na razvoj erotičnega transferja morda lahko vpliva tudi "prepoved" zbližanja s terapevtom - pomembno drugo osebo, ki nam veliko pomeni. Ravno prepoved lahko vzbudi močno željo po uresničitvi čustvenih in erotičnih fantazij.

Dejavnikov za pojav erotičnega (kontra)transferja obstaja več. Eden izmed njih je lahko dolžina vključenosti v psihoterapevtski proces. Klienti v raziskavi so bili v psihoterapevtsko obravnavo povprečno vključeni tri leta in pol, nekateri so v preteklosti imeli že več terapevtov. Po tem podatku sklepamo, da se bo s trajanjem terapije in različnimi izkušnjami s terapevti povečevala možnost pojava erotičnega transferja. Dlje ko so klienti v terapiji, bolj verjetno vsaj enkrat naletijo na tovrstno izkušnjo, saj se pri daljši obravnavi med klientom in terapevtom vzpostavi globlji odnos, ki se dotakne večjega dela relacijskih potreb in drugih vsebin, o katerih klienti v povezavi s transferjem tudi poročajo.

Drugi dejavnik je lahko specifičnost intimnega odnosa znotraj strokovnega *settinga*. Klienti so v polovici primerov v psihoterapiji spregovorili o erotičnih občutjih do svojih terapevtov. To lahko kaže na občutek, da bo terapevt s to vsebino znal ravnati. Po drugi strani pa je lahko ravno ta odločitev za pogovor motivirana tudi z željo po dejanjih in predstavlja pobudo za možnost erotičnega zbližanja. Vsi klienti razen enega so primer erotične privlačnosti doživeli le z enim terapevtom. Globlji odnos je po našem mnenju tako prednost kot tudi slabost v povezavi z obravnavano temo v terapevtskem odnosu. Po eni strani klienti o sramu, občutkih krivde in neprijetnih občutjih lažje spregovorijo, če se počutijo varne, po drugi strani pa je ravno dober in globok terapevtski odnos hkrati razlog za čustveno stisko in zmedo v primeru, da med klientom in terapevtom pride do erotičnega transferja. Pri predelovanju omenjenih čustev je ključna terapevtova odprtost in sprejemajoč strokoven način postavljanja meja (Mann, 1997; Rodgers, 2011). Terapevti iz našega vzorca so se po lastnem poročanju odzvali v skladu z etičnimi načeli, tri klientke so poročale o realizaciji erotičnih namer s strani terapevta v obliki neprimernih vedenj (otipavanje, poljubljanje), en klient je imel spolni odnos s terapevtko.

Na tej točki bi rade izpostavile pomen pogovora o erotičnih čustvih v psihoterapevtskem odnosu. Večina terapevtov (83,3 %) namreč o svojih erotičnih občutjih ni spregovorila s klientom, čeprav jih je tretjina menila, da klient to vseeno čuti. Nekateri so imeli do tega negativna prepričanja, kot kaže primer: »O tem nisem govoril, to ni nekaj, kar bi se tikalo klientke, saj mi ne plačuje za

samorefleksijo.» (T3). Terapevtovo odpisovanje pomembnosti in potenciala raziskovanja erotičnega kontratransferja kaže na odpor znotraj njega samega (Mann, 1997), kar lahko omeji razvoj psihoterapevtskega procesa in posledično osebno rast klienta. V skladu z etičnimi načeli dela z ljudmi, ki vključujejo tudi zavedanje in prevzemanje odgovornosti do klientovega psihičnega blagostanja, bi moral vsak terapevt o tej temi spregovoriti v svoji osebni terapiji in superviziji. Eden izmed terapevtov opisuje lasten notranji proces normalizacije občutij in prepričevanja samega sebe v prid vzdrževanju etične pozicije, četudi bi si želel realizacijo sle: »Najprej sem prepoznal, da je tak občutek čisto naraven in da je čisto ok, da ga čutim. Sporno bi bilo, če bi z njim kaj konkretnega počel. Ker sem bil takrat v dolgotrajni vezi in se mi ni izplačalo zapraviti vložka, ki sem ga že naredil. Ker bi bilo neetično da bi izrabil nekoga, ki je ranljiv in rabi pomoč. Ker sem sposoben obvladati svoje slo.« (T3). Šele ta korak samorefleksije mu lahko odstre pogled naprej, saj mu skozi razumevanje osvetli razloge za pojav in prepreči morebitne zagate v komunikaciji. Predelovanje v terapiji in refleksija v superviziji namreč lahko terapevtu pokažeta, da mu je npr. dotični klient všeč zaradi podobnosti z njegovim bivšim partnerjem ali zaradi določenih osebnostnih lastnosti, ki jih idealizira pri drugih ljudeh. V tem primeru je izkušnja privlačnosti do dotičnega klienta nekaj, kar bi se verjetno zgodilo tudi v drugačni situaciji in *settingu* (npr. če bi bila sodelavca).

Po drugi strani pa lahko preko predelovanja tovrstnih vsebin v terapiji ali superviziji terapevt ugotovi, da je erotična čustva do klienta razvil predvsem na podlagi klientovega implicitnega, morda nebesednega zapeljevanja (npr. dotiki las, nasmešek, dolg očesni kontakt). V tem primeru je klientovo vedenje znak, ki ga ni ustrezno ignorirati, temveč raziskati preko pogovora. O avtentičnosti čustev je razmišljala tudi ena izmed klientk: »Iskrena in pristna čustva, ki jih imam do nje, privlači me na vseh nivojih in jo imam zelo rada. Ne zdi se mi, da ta moja čustva do nje ne bi bila resnična, da bi bilo nekaj zadaj za vsem tem.« (K20). Na tej točki se vprašamo, ali gre v primerih pristne zaljubljenosti resnično za transfer klientovih vsebin na terapevta ali za običajna čustva privlačnosti do sočloveka. Tu je potrebno omeniti, da gre v psihoterapevtskem procesu vedno za razmerja moči in da je klient s tega vidika vselej v ranljivejši poziciji (terapevt pa v poziciji moči). Odpirajo se zanimiva vprašanja, npr. ali se lahko v določenih izrednih primerih klient in terapevt vseeno srečata tudi v zasebnem življenju? Kako interpretirati in postopati v primeru, ko sta imela le prvo srečanje in je bila privlačnost tako avtentična, da je terapevt nemudoma napotil klienta k drugemu kolegu? Kaj storiti v primeru, ko je klient že po prvem srečanju izrazil željo, da bi prekinil terapevtski odnos in se srečal s terapevtom na zmenku? Različne psihoterapevtske modalitete imajo različno stroge kriterije, ki pa veljajo le na

etično-moralni ravni, dokler ne bo to področje tudi pravno-formalno urejeno s psihoterapevtskim zakonom. Za naslavljanje teh vprašanj bi bilo smiselno vključiti področja erotičnega (kontra)transferja v izobraževalne programe različnih terapevtskih modalitet po Sloveniji.

Zaključimo lahko, da je pojav erotičnega transferja in kontratransferja univerzalna izkušnja, ki jo klienti in terapevti doživljajo na različne načine. Sposobnost terapevtov, da izkušnjo normalizirajo in jo vidijo v luči priložnosti za raziskovanje notranjega sveta klienta, nakazuje na pozitivne učinke psihoterapevtskih usposabljanj. Visoka strokovnost jim namreč omogoča, da se ne umikajo, distancirajo ali potlačujejo "prepovedanih" čustev, temveč jih obravnavajo z zanimanjem in radovednostjo. Ob tem vzdržujejo svojo etično držo in se ne poslužujejo izkoriščanja ranljivejših od sebe. Naši izsledki lahko pripomorejo k razširitvi in normalizaciji občutljivega področja raziskovanja, služijo kot temelj za oblikovanje smernic terapevtom za postopanje v primerih erotičnega (kontra) transferja, opozarjajo na pomembnost strokovne etične pozicije terapevtov in predstavljajo delo, ki je lahko podlaga za nadaljnje poglobljeno raziskovanje pojava erotičnega (kontra)transferja v psihoterapiji.

Viri

- Atkinson, S. in Gabbard, G. O. (1995). Erotic transference in the male adolescent-female analyst dyad. *The Psychoanalytic study of the child*, 50, 171–86.
- Boothby, R. (2005). *Sex on the couch: What Freud still has to teach us about sex and gender*. Routledge.
- Bridges N. A. (1998). Teaching psychiatric trainees to respond to sexual and loving feelings. The supervisory challenge. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(3), 217–226.
- Erskine, R., Moursund, J. P. in Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy*. Routledge.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. in Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fran, 2022. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, <https://fran.si/>
- Freud, S. in Breuer, J. (2002). *Študije o histeriji*. Delta.
- Giddens, A. (2019). *Preobrazba intimnosti: Spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*. Založba / *cf.
- Giovazolias, T. in Davis, P. (2001). How common is sexual attraction towards clients? The experiences of sexual attraction of counselling psychologists toward their clients and its impact on the therapeutic process. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(4), 281–286. <https://doi.org/10.1080/O9515070110100974>
- Krausz, R. (2016). Can we transcend the next taboo? When the analyst avoids the erotic transference and erotic counter-transference. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 24(1), 24–50.
- Kumin, I. (1985). Erotic horror: Desire and resistance in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 11, 3–20.
- Mann, D. (1997). *Psychotherapy: an erotic relationship. Transference and countertransference passions*. Routledge.
- Negovec, A. K. (2020). *Relacijske potrebe, odnos s starši in proces psihološkega osamosvajanja na prehodu v odraslost*. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani.
- Pope, K. S., Keith-Spiegel, P. in Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 41(2), 147–158. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.147>
- Rodgers, N. M. (2011). Intimate boundaries: therapists perception and experience of erotic transference within the therapeutic relationship. *Counseling and Psychotherapy Research*, 11, 266–274.
- Rouholamin, C. (2007). The »frame« as a container for the erotic transference – A case study. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organizations*, 13, 181–196.
- Tansey, M. (1994). Sexual attraction and phobic dread in the countertransference. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 139–152.
- Vesentini, L., Van Puyenbroeck, H., Van Overmeire, R., Matthys, F., De Wachter, D. in Bilsen, J. (2022). How Therapists Experience and Manage Patients' Romantic and Sexual Feelings for Them. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 10.1007/s40596-022-01714-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40596-022-01714-0>
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. HarperCollins Publishers.
- Žvelc, M. (2017). *Razvoj modela spodbujajočih in ovirajočih dejavnikov v superviziji psihoterapije*. Doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani.