

Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen¹ im psychotherapeutischen Prozess²

Barbara Zach
Wien

Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess steht im Zentrum der Untersuchung. Die theoretische Analyse beschäftigt sich mit der Vereinbarkeit der Wahrnehmung von und dem Umgang mit erotischem Erleben mit dem Konzept der Kongruenz, wie es von Carl R. Rogers und ihm nachfolgenden personenzentrierten³ Autorinnen geprägt wurde. Die in einer empirischen Untersuchung gewonnenen Daten zu Haltungen, Wahrnehmungen und Bewertungen von und der Umgang mit erotischen Gefühlen einer Gruppe von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen werden dargestellt. Angeregt wird die explizite Auseinandersetzung mit erotischem Erleben in der psychotherapeutischen Ausbildung.

Schlüsselwörter: Erotisches Erleben von Psychotherapeutinnen, Kongruenz, Umgang, Ausbildung.

Erotic experience of client-centered therapists in the process of psychotherapy is the main interest of this study. The theoretical part deals with the concept of congruence in its variety from Carl R. Rogers to recent understandings. The empirical study describes the attitudes towards and understandings of erotic feelings of client-centered psychotherapists, especially the way of recognizing and working with them. The outcome of the study leads to implications not only for the work but also for the professional training of psychotherapists.

Keywords: Therapists' erotic experience, congruence, handling, professional training.

Einleitung

Die Frage des Umgangs mit erotischen Gefühlen in der Psychotherapie beschäftigt mich schon lange. Wie gehen Psychotherapeutinnen mit ihnen entgegengebrachten erotischen Gefühlen um? Was machen sie, wenn sie bei sich derartige Empfindungen wahrnehmen? Und welche Auswirkungen hat eine solch aufkommende Erotik auf den psychotherapeutischen Prozess? Seit dem Beginn meines therapeutischen Arbeitens erlebe ich mit Klientinnen immer wieder Momente einer intensiven Begegnung, denen ich erotische Qualitäten zuschreibe und die mich anfangs verunsicherten, da mich die Ausbildung auf solches Erleben und den Umgang damit nicht vorbereitet hatte. Das finde ich problematisch und schade, gerade in einem psychotherapeutischen Feld, das die Begegnung zweier Personen, die entstehende Beziehung und das damit verbundene Erleben sowohl auf Seiten der Therapeutinnen als auch auf Seiten der Klientinnen ins Zentrum ihrer Aufmerksamkeit stellt.

Der Artikel ist eine Annäherung an das Phänomen der Erotik – eines besonderen zwischenmenschlichen Kontakts – in einem sehr speziellen Setting, jenem der psychotherapeutischen Beziehung. Dazu begeben mich in einem ersten Schritt auf die Suche nach dem Thema der Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung in den Standardwerken der Personenzentrierten Psychotherapientheorie. Danach wende ich mich dem Konzept der Kongruenz zu, wie es von Carl Rogers konzipiert und von ihm nachfolgenden Autorinnen geprägt wurde und wird, um diese therapeutische Grundhaltung als Anknüpfungspunkt auch hinsichtlich der Wahrnehmung von und den Umgang mit erotischem Erleben zu untersuchen. Ergänzt wird die Theo-

Mag.^a Barbara Zach, MSc., geb. 1969, Juristin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision für Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie, in freier Praxis und bei „Frauen beraten Frauen“ tätig. E-Mail: barbara.zach@chello.at

1 Das generische Femininum, das im Artikel zur Anwendung kommt, bezieht sich auf Menschen jeglicher Geschlechtsidentitäten.
2 Diesem Artikel liegt meine Masterthesis „Goldmine und Minenfeld. Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im psychotherapeutischen Prozess“ (2013) zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science an der Donau-Universität Krems zugrunde.
3 Die Verwendung der Begriffe „klientenzentriert“ und „personenzentriert“ verweisen einerseits auf die unterschiedlichen Therapieschulen, wie sie sich in Österreich historisch entwickelt haben, andererseits verstehe ich „personenzentriert“ als Überbegriff für die, beiden Schulen zugrunde liegende Theorie.

rie durch die Präsentation meiner qualitativen Untersuchung zum erotischen Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und ihrem Umgang damit in der psychotherapeutischen Beziehung. Schließlich ziehe ich meinen Schluss aus dem Theorieteil wie den persönlich gewonnenen Daten und schlage vor, sich in der psychotherapeutischen Ausbildung des erotischen Erlebens intensiv anzunehmen.

I. Zur Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung

Personzentrierte Fachpublikationen zum Thema der Erotik sind rar. Die menschliche Geschlechtlichkeit als Quelle für Erotik und die Frage, inwieweit diese auf die therapeutische Beziehung Einfluss nimmt, bleibt in Rogers' Werk gänzlich, in anderen theoretischen Standardwerken beinahe ohne Erwähnung. Einzig *einem* Aspekt der Erotik, der Sexualität, wird im Kompendium der Grundbegriffe der Personzentrierten Psychotherapie Aufmerksamkeit gewidmet: Sexualität wird funktional als „eines von verschiedenen Organisationsprinzipien der Aktualisierungstendenz“ (Letzel, 2003a, S. 285) beschrieben. Sie dient „der Selbstorganisation des Organismus [und wird als] ein Entwicklungsmoment menschlichen Seins verstanden“ (Letzel, 2003a, S. 285). Auf die therapeutische Beziehung wird unter dem Stichwort „Sexuelle Störungen“ (!) Bezug genommen, indem auf das Verbot der „gelebte[n] sexuelle[n] Kontaktnahme“ (Letzel, 2003b, S. 289) in der psychotherapeutischen Arbeit mit Personen, die an sexuellen Störungen leiden, hingewiesen wird. Die Verknüpfung mit einer bestimmten Klientinnengruppe finde ich bemerkenswert, ebenso die Einschränkung auf den Aspekt des sexuellen Missbrauchs. Der Erotik wird kein Stichwort gewidmet, noch findet sich eine Bezugnahme zu erotischem Erleben.

Zum geringen Stellenwert der Erotik in der personzentrierten Literatur gibt es kritische Stimmen, die den Personbegriff, wie er von Rogers geprägt wurde, dafür verantwortlich machen. Denn dieser Personbegriff ist ein geschlechtsloser. Tatsächlich spricht Rogers durchgehend von der Person der Therapeutinnen, die quasi als geschlechtsloser Organismus anderen Organismen ohne Geschlecht gegenübersteht. Auch in den Konzepten zur Persönlichkeitsentwicklung oder der *fully functioning person* verwendet Rogers eine Terminologie, die auf das Geschlecht verzichtet. Dadurch wird sowohl der Blick auf die realen Machtverhältnisse der Geschlechter, wie sie sich auch in der therapeutischen Beziehung manifestieren, verschleiert, als auch der Anforderung, als ganze Person in der Beziehung gegenwärtig zu sein, ein wesentlicher Teil genommen (Proctor, 2004).

Schmid sieht die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische Aspekte des Personseins in Theorie und Therapie zu berücksichtigen,

damit der Begriff der Person als ganze seine Berechtigung findet. Denn es gibt „keine Person ohne Geschlechtlichkeit – und wer diese ausklammert, verfehlt das Ganze erst recht“ (Schmid, 2002, S. 82). Ohne sie als solche zu benennen, umschreibt er eine mögliche Erotik im zwischenmenschlichen Kontakt. Teichmann-Wirth (1992) spricht sich dafür aus, Sexualität sowohl als einzelne Lebensäußerung als auch als Ausdrucksform für die Beziehung einer Person zu sich selbst wie zu anderen theoretisch und therapeutisch zu benennen. Wenn die Therapeutinnen geschlechtslos sind, könne weder ihre Geschlechtlichkeit, noch jene der Klientinnen Thema werden, geschweige denn das, was zwischen ihnen entstehen könnte. Wieder eine knappe Bezugnahme auf erotisches Erleben.

Doch es gibt einen Autor und eine Autorin, die sich explizit mit Erotik und davon abgeleitet auch mit Sexualität in der therapeutischen Beziehung befassen und die die Erotik als Bestandteil der Therapietheorie verstehen. Kiener bezieht sich auf die Grundhaltung der Empathie, der ein „therapeutischer Eros [innewohnt, der von] Affiliation, Sexualität und Fürsorglichkeit“ (Kiener, 1986, S. 142) geprägt ist. Der therapeutische Eros ist wechselseitig und komplementär zwischen Therapeutinnen und Klientinnen und er ist altruistisch und interesselos. Er ist eine Variable des Therapieprozesses und trägt zu dessen Funktionieren bei. Damit wird nicht nur der Sexualität als Thema in der therapeutischen Beziehung die Gefährlichkeit genommen, sondern sie wird auf eine Stufe mit (Ver)Bindung und (Für)Sorge für die anderen gestellt. Der Erosbegriff geht weit über die Sexualität hinaus und ist ein Antrieb der therapeutischen Interaktion. Keys (2009) beschäftigt sich mit dem Eros in der therapeutischen Beziehung in ihrer Taxonomie der Liebe in der Personzentrierten Therapie und ordnet jeder therapeutischen Grundhaltung eine Dimension der Liebe zu. Für sie ist die Liebe *die* zentrale Haltung der Therapeutinnen in der Personzentrierten Therapie. Eros ist die begehrende Liebe, das Sehnen nach Begegnung und Verbindung und findet in der Kongruenz seinen Platz. Und Eros wiederum hat unterschiedliche Aspekte in der therapeutischen Beziehung. Der spirituelle Aspekt ist das Verlangen nach Antworten, um einander zu erreichen und sich zu verbinden. Die politische Dimension ist jene der Suche nach Gerechtigkeit in den Beziehungen zu sich selbst und zu anderen und der ethische Aspekt wird in der Integrität als einem nicht missbräuchlichen Verbinden verkörpert. Die sexuelle Dimension ist das erotische Begehren nach dem Eindringen ineinander und dem gemeinsamen Gestalten und Erschaffen. Für Keys ist es wichtig, dass Therapeutinnen einen Zugang zum eigenen sexuellen Erleben, zu Erregung und Attraktion sowie zu erotischen Phantasien finden, da es sich um Ausdrücke menschlichen Lebens handelt. Fehlt solches Erleben müsse die Frage gestellt werden, was im Kontakt mit Klientinnen dieses Erleben, die Lebenslust, nicht zulässt.

II. Kongruenz und erotisches Erleben von Psychotherapeutinnen

Unter Kongruenz in der therapeutischen Beziehung wird „das Offensein gegenüber dem eigenen organismischen Erleben“ [verstanden, die Fähigkeit], „sich gegenwärtiger organischer Erfahrungen exakt gewahr [zu] werden“ (Keil, 2001, S. 121) und diese in das Selbstkonzept integrierend aufnehmen zu können. Dieses therapeutische Konzept bezieht sich direkt auf das Erleben von Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess. Rogers hält die Kongruenz oder Echtheit der Therapeutinnen in der Beziehung überhaupt für die wesentliche Bedingung, damit Therapie zustande kommt. Es gilt, in dem „besonderen Augenblick der unmittelbaren Beziehung mit seinem Gegenüber ganz und gar“ (Rogers, 1959/2002, S. 42) die Person zu sein, die man selbst ist. Damit dies gelingt, braucht es die Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben:

Ich bin zu der Überzeugung gelangt, daß ich jeder Facette meines Erlebens und mir selbst Wert zuspreche. Gern würde ich meine Gefühle horten: Ärger, Zärtlichkeit, Scham, Verletztsein, Liebe, Angst, Hingabe und Furcht. Gern würde ich die aufsteigenden Ideen aufbewahren – töricht, schöpferisch, bizarr, gesund, trivial – alle ein Teil von mir. Ich mag meine Verhaltensimpulse: angemessen, närrisch, leistungsorientiert, sexuell, destruktiv. Ich möchte alle diese Gefühle, Ideen und Impulse als einen bereichernden Teil meines Selbst akzeptieren. Sicher werde ich mich nicht von jedem zu einer Handlung bestimmen lassen, aber wenn ich sie alle akzeptiere, dann kann ich in höchstem Maße echt sein. (Rogers, 1973/1986, S. 22)

Die Forderung nach der Echtheit in der therapeutischen Beziehung wirft weiterführende Fragen bezüglich der Verwirklichung derselben auf. Was tun mit Gefühlen, die keine unbedingte positive Beachtung, kein empathisches Verstehen ausdrücken? Darf es sie geben? Sollen sie dem Gegenüber zur Verfügung gestellt werden oder nicht? Gibt es zur Veröffentlichung geeignete und weniger geeignete oder nicht geeignete Gefühle? Und schließlich, auf welche Weise sollte so ein Sichtbarmachen geschehen?

Rogers behandelt diese Fragen in unterschiedlicher Bestimmtheit. Beständige Gefühle, die den Prozess der bedingungslosen positiven Beachtung wie des empathischen Verstehens be- oder verhindern, „sollten“ (Rogers, 1959/2002, S. 41) mitgeteilt werden. Darunter versteht er jene Empfindungen, die sich daraus ergeben, dass die Psychotherapeutinnen auf ihre eigenen Gefühle fokussiert sind, statt auf jene der Klientinnen. Er hält es für besser, andauernde negative Gefühle wie „Ärger, Langeweile oder Ablehnung“ (Rogers, 1962/2004, S. 214) zu äußern, statt eine Fassade der Wertschätzung zu

präsentieren, die nicht echt ist. Zur Veranschaulichung führt er ein persönliches Beispiel für seinen Umgang mit Langeweile gegenüber einem Klienten an. Indem er sein Gefühl der Langeweile als seine eigene Reaktion und das unbefriedigende Gefühl ob dieser Empfindung ausspricht, wird aus der Langeweile eine Aufmerksamkeit für den Klienten und ein Bangen, wie er reagieren wird. Rogers sieht darin einen großen Nutzen für den therapeutischen Prozess. Auf Seiten der Therapeutinnen wird eine neue Sensibilität den Klientinnen gegenüber möglich und das, was sie einbringen, zeichnet sich durch eine größere Echtheit aus (Rogers, 1962/2004). Neben der erforderlichen Qualität der Gefühle als beständige, sei ebenso eine umsichtige Art und Weise sie zu kommunizieren notwendig. Es ist nicht zielführend, „mit jedem vorübergehenden Gefühl und jedem Vorwurf unter dem bequemen Eindruck des Echtseins unbesonnen herauszuplatzen“ (Rogers, 1962/2004, S. 241), sondern das eigene Erleben und die Empfindungen zu diesem Erleben zu reflektieren, zu explorieren und vorsichtig anzubieten. Schließlich verlangt er, dass die Mitteilung „angemessen“ (Rogers, 1962/2004, S. 213) und „für die Beziehung maßgeblich“ (Rogers, 1962/2004, S. 215) sein soll. Denn nur dann könne es zu einer in der Tat bedeutenden Begegnung und Weiterentwicklung auf beiden Seiten kommen.

Ein wesentliches Kriterium für das Zur-Verfügung-Stellen des eigenen Erlebens ist die Frage nach der Quelle dieses spezifischen Erlebens. Entsteht das Erleben aus der Verfasstheit der Therapeutinnen oder ist es eine Reaktion auf das spezifische Sein und Verhalten der Klientinnen? Diese Unterscheidung ist äußerst schwierig zu treffen, weil jedes Erleben immer auch etwas mit den bisherigen eigenen Lebenserfahrungen zu tun hat, und Rogers hat sich nicht eindeutig dazu geäußert. Meist spricht er über Empfindungen, die als Reaktion entstehen, allerdings gibt es auch Beispiele von therapeutischen Mitteilungen, die diesem Erfordernis widersprechen. Eines lautet: „Ich höre Ihnen heute morgen nicht sehr aufmerksam zu, weil mich Probleme belasten, die ich nicht beiseite schieben kann“ (Rogers, 1975/2004, S. 31). Der Therapeut teilt eigenes Erleben mit, das keine Reaktion auf das Gegenüber darstellt. Und es scheint sich auch nicht um ein beständiges Gefühl zu handeln, denn es liegt nahe, die Äußerung als eine momentane Befindlichkeitsbeschreibung zu verstehen. Und dennoch gibt es einen Zusammenhang mit dem Klienten. Es ist dies die Beziehung, die beide verbindet und auf die das Gestimmtsein des Therapeuten einen Einfluss hat. Der Therapeut zeigt, dass er grundsätzlich aufmerksam sein und verstehen möchte, dass ihm das aber nicht immer möglich ist und damit zeigt er sich als der Mensch, der er im Moment ist.

Der Sinn von Mitteilungen eigenen Erlebens ist die Vertiefung der Beziehung. Es bleibt wohl auch zu einem guten Teil der Einschätzung der Psychotherapeutinnen vorbehalten,

welches Erleben sie in diesem Sinne als relevant für den Prozess der Beziehung betrachten. Ein Hinweis auf erotische Gefühle von Psychotherapeutinnen findet sich bei Rogers nicht.

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (Biermann-Ratjen et al., 2003) vertreten eine andere Ansicht. Für sie sind Gefühle wie Abneigung, Ungeduld, Ärger, Angst oder Langeweile und auch Gefühle der „Zuneigung, die von immer stärker werdenden sexuellen Wünschen begleitet wird“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 28) ein Zeichen für die Inkongruenz von Psychotherapeutinnen in dem Moment, in dem diese Gefühle wahrgenommen werden. Denn sie verunmöglichen sowohl die unbedingte Wertschätzung als auch das empathische Verstehen der Klientinnen. Mitteilungen von eigenem Erleben lehnen sie ab: „Der kongruente Therapeut muss seinen Klienten nicht mit dem beschäftigen, was er, der Therapeut, über ihn denkt oder im Zusammenhang mit dessen Erleben oder in der Reaktion darauf fühlt“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 28).

Dagegen betont Lietaer (2001) die Transparenz im Zusammenspiel mit der Kongruenz als Authentizität der Therapeutinnen. Kongruenz umfasst den nach innen gerichteten, offenen und bewussten Zugang zu jeder Facette des Erlebens, während Transparenz die „explizite Kommunikation von bewussten Eindrücken, Haltungen und Gefühlen des Therapeuten“ (Lietaer, 1992, S. 93) darstellt. Für ihn ist die Kongruenz der Therapeutinnen das „Korrelat des Akzeptierens: es kann keine Offenheit für die Erfahrungswelt des Klienten geben, wenn nicht auch der Therapeut für seine eigene Erfahrungswelt offen steht“ (Lietaer, 1992, S. 97) und als reale Person am Geschehen Anteil nimmt, die mit wirklichen Gefühlen in der Beziehung natürlich und spontan anwesend ist. Die Kongruenz ist der „entscheidende[n] Faktor beim Aufbau von Vertrauen“ (Lietaer, 1992, S. 94), denn „Wertschätzung und Empathie des Therapeuten können nur effektiv sein, wenn sie als authentisch erfahren werden“ (Lietaer, 1992, S. 94). Um als Person in der therapeutischen Beziehung anwesend zu sein, bedarf es des „explizite[n] Einbringen[s] eigener Erlebnisinhalte“ (Lietaer, 1992, S. 105). Voraussetzungen für diese Selbsteinbringung sind, dass sie der Entwicklung der Klientinnen dient, dass es sich um beständige Gefühle handelt und dass die therapeutische Beziehung sicher und tragfähig ist. Allerdings rät er sparsam und restriktiv damit umzugehen. Das Thema der erotischen Gefühle spart er aus.

Finke (2004) beschäftigt sich von allen personenzentrierten Autorinnen am umfassendsten mit der Frage der Kommunikation von Gefühlen und Wahrnehmungen der Therapeutinnen. Ich kann vorwegnehmen, dass er zwar ganz elaborierte Interventionsformen aus der Kongruenzhaltung entwickelt, erotische Gefühle finden jedoch auch bei ihm keine Erwähnung. Eine solche Interventionsform ist das Selbstöffnen oder Selbsteinbringen. Für die Selbstöffnung geeignet sind nicht nur negative Gefühle, sondern auch persönliche Ausdrücke wie Freude,

Wertschätzung oder Besorgnis, auch Wünsche und Intentionen hinsichtlich des Therapieverlaufs, aber ebenso Meinungen und Beurteilungen, also kognitive Stellungnahmen. Diese Mitteilungen sind wesentlich, weil sie einerseits den Selbstwert stützen und Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Möglichkeiten stärken, andererseits die Konfrontation mit einer anderen Erfahrung zum Ziel haben und es den Klientinnen ermöglichen wahrzunehmen, dass ihr Tun und Handeln einen Einfluss auf die Therapeutinnen hat. Finke legt drei Kriterien für die Veröffentlichung von eigenem Erleben fest: 1. Es muss sich unmittelbar auf die therapeutische Situation beziehen und ausgelöst durch diese erlebt werden. Nur wenn die Resonanz wirklich eine Reaktion auf das Verhalten der Klientinnen ist und nicht vorwiegend mit eigenen Verletzlichkeiten zu tun hat, ist eine Mitteilung überhaupt zu erwägen. Um die Frage nach der Quelle von Gefühlen beantworten zu können, müssen die Therapeutinnen über ausreichend Selbsterfahrung verfügen und die Arbeit in Supervision oder Intervision reflektieren. 2. Die Mitteilung muss einer therapeutischen Zielsetzung entsprechen. Die Selbsteinbringung darf nicht unkritisch erfolgen, sondern muss eine selektive Mitteilung der Resonanz sein, die erst nach einer rational abwägenden Prüfung hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzung in wohldosierter Weise zur Verfügung gestellt werden darf. 3. Sie muss zum passenden Zeitpunkt erfolgen. Es muss eine sichere und tragfähige Beziehung gegeben sein, damit die Mitteilungen die Klientinnen nicht überfordern.

Zuletzt möchte ich noch Gendlin erwähnen, denn auch er bezieht sich auf die Echtheit und Transparenz der Therapeutinnen in seinem Konzept des Experiencing. Experiencing ist für Gendlin das, was den Menschen ausmacht, und es ist ein interpersonaler Prozess, in dem das Erleben beider Beteiligter durch das jeweilige Erleben des Gegenübers beeinflusst wird. In einer therapeutischen Beziehung gilt es, das Erleben der Klientinnen mit Hilfe des Erlebens der Therapeutinnen weiterzuführen (Wiltschko, 2003a). Für dieses Weiterführen greifen die Therapeutinnen auf ihr Erleben im jeweiligen therapeutischen Moment zurück, auf die körperliche Resonanz (Wiltschko, 2003b). Sie entscheiden in diesem spezifischen Augenblick, ob und wie sie dieses Erleben veröffentlichen. Dieses Veröffentlichen nennt Gendlin *responding* und er versteht darunter Mitteilungen, *wie* sich die Therapeutinnen in Bezug auf die Klientinnen gerade persönlich erleben oder *was* sie als Reaktion auf das Gegenüber erleben. In dieser Hinsicht sind diese Mitteilungen für das gemeinsame Beziehungsgeschehen relevant und müssen zur Verfügung gestellt werden. Besonders Augenmerk legt Gendlin auf unangenehme Gefühle wie verlegen, verwirrt oder ungeduldig sein. Diese Reaktionen, die in der Regel unterdrückt oder übergangen werden, haben einen besonderen Wert, weil sie wichtige Informationen über die

Situation, in der sie auftreten, über die therapeutische Beziehung und über das Gegenüber transportieren (Gendlin, 1968). Zu sexuellen Gefühlen der Therapeutinnen hat sich Gendlin in einer Diskussion geäußert:

Da gibt es keine gute Regel. Wenn der Therapeut oder die Therapeutin sexuelle Gefühle hat, muss das in ihm oder in ihr irgendwie o. k. werden. ... Wenn ich für jemanden anderen arbeite, sind alle Gefühle, die mir kommen, erlaubt. ..., sonst kann ich nicht gut arbeiten. Wenn ich sexuelle Gefühle habe, hm, dann hab' ich sie halt. ... Was immer da in mir vorgeht, es ist alles erlaubt – innerlich. Aber ob man das dann auch ausspricht, ist eine ganz andere Frage. (Gendlin & Wiltschko, 2004, S. 171)

Im Laufe dieser Diskussion kam Gendlin rasch vom Therapeuten weg auf die Klientin und deren sexuelle Gefühle zu sprechen. Auch für ihn ist das Thema der sexuellen Gefühle seitens der Therapeutinnen nicht einfach. Jedenfalls hält er fest, dass es nicht schlecht sei, wenn Therapeutinnen auch sexuelle Gefühle erleben, denn „Sexualität bringt Leben“ (Gendlin & Wiltschko, 2004, S. 172).

Als Résumé kann nach dem Studium der Fachliteratur festgehalten werden, dass der Echtheit im therapeutischen Prozess höchster Stellenwert zukommt und dass erotisches Erleben, sofern es überhaupt thematisiert wird, als störend oder schwierig gilt. Meine Vorstellung, die Grundhaltung der Kongruenz als „Einfallstor“ auch für erotisches Erleben von Psychotherapeutinnen zu verstehen, wird durch das Studium der Literatur bestärkt, da ich keinen Grund erkenne, warum dieses Erleben von allen anderen Erlebnisinhalten ausgeschlossen sein soll.

III. Qualitative sozialwissenschaftliche Untersuchung

Um dem Mangel an personenzentrierter Literatur zum Umgang mit erotischem Erleben von Therapeutinnen zu begegnen, war es erforderlich, zusätzliche Daten zu erheben. Mein Ziel war außerdem, die Theorie mit der Praxis zu vergleichen und zu verbinden. Das Forschungsinteresse galt von Anfang an der Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung. In einem Prozess der Reflexion dieses Interesses stellte ich mir folgende Fragen: Was genau interessiert mich daran? Welcher spezifische Aspekt ist für mich von Bedeutung? Was möchte ich untersuchen? Woher kommt das Interesse? Gibt es dazu Fachliteratur? Diese Fragen waren wichtig, um das Thema einzugrenzen und es zu einem be- und erforschbaren Feld zu machen. Aus der intensiven Beschäftigung mit diesen Fragen ließen sich schließlich zwei Forschungsfragen ableiten:

- Wie gehen Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen mit bei ihnen auftauchenden erotischen Gefühlen im psychotherapeutischen Prozess um?
- Wie beeinflusst dieser Umgang den psychotherapeutischen Prozess?

Methodik und Durchführung der Studie

In der qualitativen Forschung bestimmt der Gegenstand bzw. die jeweilige Fragestellung die Methode (Corbin & Strauss, 2008). Diesem Prinzip folgend habe ich mich für die Gruppendiskussion als Instrument zur Datengewinnung entschieden. Gegenüber Einzelinterviews bietet die Gruppendiskussion den Vorteil, dass aus der dynamischen Interaktion der Teilnehmenden Neues, bisher noch nicht Ausgesprochenes einfacher entstehen kann. Dies gilt insbesondere für ein emotional stark besetztes und tabuisiertes Thema wie das der Erotik in der Psychotherapie. Bei den Überlegungen zur Gruppenzusammenstellung war ich geleitet von Lamneks (2005) Ausführungen zu den diesbezüglichen Kriterien. Entsprechend des Forschungsfeldes mussten alle Teilnehmenden Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen sein. Um das soziale Feld abzudecken, für das die Erkenntnisse gewonnen werden sollten, habe ich mich entschieden, nach dem Geschlecht (im Verhältnis zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer), dem Alter (möglichst weit gestreut) und dem Ort der psychotherapeutischen Tätigkeit (Wien und Bundesländer) zu differenzieren. Ob die sexuelle Orientierung ein für die Forschungsfragen relevantes Kriterium ist, konnte ich im Vorfeld nicht näher bestimmen. Allein zum Zweck der Abbildung sozialer Realitäten versuchte ich auch homosexuelle Kolleginnen einzubinden. Zusätzlich fiel dem Kriterium „Lehrtherapeutin“ Bedeutung zu, um Aufschlüsse zu gewinnen, die durchaus dem Status von Expertisen gerecht werden. Ich habe mich für zwei Gruppendiskussionen mit je sieben Teilnehmerinnen entschieden, Lamnek (2005) folgend, der Gruppen mit ca. sieben Personen für kontroverielle Diskussionen zu komplexen Themen für besonders geeignet hält. Aufgrund zahlreicher Absagen konnte ich meinen Kriterien zur Gruppenzusammensetzung nicht zur Gänze gerecht werden. Schließlich ergab sich folgende Zusammensetzung, wobei die Auswahl der Personen nach einem Schneeballprinzip (Kolleginnen nannten mir weitere mögliche Kandidatinnen für die Anfrage) erfolgte:

Gruppendiskussion 1 umfasste sieben Personen im Alter von 43 bis 62 Jahren; davon zwei heterosexuelle Frauen und zwei Frauen, die keine demografischen Angaben machten, und drei heterosexuelle Männer. Alle sind als Lehrtherapeutinnen in den Bundesländern psychotherapeutisch tätig. Gruppendiskussion 2 umfasste in der Planung sieben Personen im Alter von 45 bis 65 Jahren; davon vier heterosexuelle Frauen und eine Frau, die aufgrund ihres Nichterscheins zur Diskussion nicht

demografisch befragt werden konnte, einen heterosexuellen und einen homosexuellen Mann. Bis auf einen Mann waren alle Lehrtherapeutinnen.

Die Auswertung der aus den Diskussionen gewonnenen Daten erfolgte auf der Basis der *Grounded Theory*, die den Forscherinnen in ihrer Auseinandersetzung mit den Daten eine wesentliche Rolle zuschreibt. Denn die forschende Person ist nicht ohne ihre subjektiven Kontexte bezüglich Erfahrung als Mann oder Frau, theoretischem Wissen, Reflexionsvermögen oder professionellem Verständnis denkbar. Diese Subjektivität wird bewusst als Instrument für die Erreichung eines Erkenntnisgewinns verwendet. Daraus folgt auch, dass die Ergebnisse niemals objektive Realität abbilden, sondern subjektiv geprägt bleiben (Corbin & Strauss, 2008).

Die Diskussionen wurden aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Jeweils nach Abschluss einer Gruppendiskussion hielt ich das inhaltlich und atmosphärisch von mir Erfasste in Memos fest. Mit Hilfe des Textanalyseprogramms winMax wurden in einem ersten Schritt einzelne Wörter und Sätze offen kodiert, wobei ich sie den Forschungsfragen entsprechend nach folgenden Kriterien untersucht habe:

Was sagt die gewählte Textstelle über erotische Gefühle und den Umgang mit ihnen aus? Gibt es Definitionen von erotischen Gefühlen? Was wird über eigene Gefühle bezüglich erotischer Gefühle und den Umgang mit ihnen ausgesagt?

Was wird direkt ausgesprochen? Was verbirgt sich implizit hinter dem Gesprochenen? Wo lassen sich starke Emotionen ausmachen? An welchen Stellen gibt es Bewertungen? Was wird dezidiert verneint? Worüber wird nicht gesprochen? Wodurch zeichnet sich die Interaktion der Gruppenmitglieder aus?

Welche Worte oder Formulierungen stechen hervor? Wo werden zeitliche Bezüge (nie, immer, oft etc.) hergestellt? Werden Metaphern verwendet? Gibt es Annahmen, kulturelle Verankerungen oder besonderes Wissen bezüglich des Themas?

Anhand dieses Verfahrens entstand eine Vielzahl an Konzepten, die in einem zweiten Untersuchungsschritt mit Hilfe des axialen Kodierens zu sechs Kategorien verdichtet wurden:

Das ist etwas Positives. Erotische Gefühle gibt es. Gefahr. Konkreter Umgang. Psychotherapeutische Beziehung. Unsicherheit.

Dadurch konnte ein bereits höheres Abstraktionsniveau hergestellt werden. Die dafür herangezogenen Kriterien waren folgende:

Wie oft finden sich die einzelnen Konzepte in den Daten? Wo gibt es Überschneidungen in den Konzepten? Wodurch

unterscheiden sich die Konzepte? In welchen Beziehungen stehen die Konzepte zueinander? Gibt es Überbegriffe für die Konzepte? Welche Bedeutung haben einzelne Konzepte? Was lösen die Konzepte in mir aus?

Parallel dazu schrieb ich Memos zu den sich als bedeutsam herauskristallisierenden Konzepten (Wahrnehmung, Tabu, Scham, erotische Gefühle etc.), vertiefte meine theoretische Auseinandersetzung zu den diesbezüglichen Inhalten und erstellte Diagramme, wie diese Konzepte in Bezug zueinander zu setzen wären. Diese Memos und Diagramme wurden in einem dritten Schritt mit Hilfe des selektiven Kodierens weiter abstrahiert, so dass sich schließlich vier Kernkategorien ergaben:

Wahrnehmung von erotischen Gefühlen im therapeutischen Prozess. Bewertung von erotischen Gefühlen im therapeutischen Prozess. Bewältigungsmechanismen des erotischen Erlebens im therapeutischen Prozess. Konsequenzen für den therapeutischen Prozess.

Zuletzt wurde das Datenmaterial nochmals hinsichtlich dieser Kategorien untersucht. Im Austausch mit einer Kollegin war es mir möglich, die entstandenen Hypothesen klar und differenziert zu erfassen. Die vorläufigen Ergebnisse wurden in einem letzten Schritt in einen Kontext des Geschehens gebracht, jenen des psychotherapeutischen Feldes der Ausbildung und der Praxis.

2. Ergebnisse der Untersuchung

Die Ergebnisse sind nicht allgemein gültig, denn das Sample ist ein kleiner Ausschnitt von psychotherapeutisch tätigen Menschen, doch sie besitzen ihre Gültigkeit für das Forschungsfeld, aus dem sie gewonnen wurden, und für den Zeitraum ihrer Entstehung (Corbin & Strauss, 2008). Und sie ermöglichen einen differenzierten Blick auf das Thema, von dem aus weiter geforscht werden kann und soll.

a) *Erotische Gefühle werden (auch) in der Psychotherapie (selbstverständlich) erlebt*

Das Thema der eigenen erotischen Gefühle in der Psychotherapie und des Umgangs mit ihnen ist für das Gros der Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen neu. Nur wenige hatten sich vor der Anfrage bezüglich einer Teilnahme an dem Forschungsprojekt explizit mit dem eigenen erotischen Erleben in der Therapie beschäftigt, und einzelne erwähnen, dass sie sich extra darauf vorbereitet haben. Das Thema interessiert und es macht neugierig.

E. L.: „... ich habe da jetzt eh so im Vorfeld von dieser Diskussion ein bisschen nachgedacht, wie das bei mir ist ...“

- Die Rede über die Erotik

Da das Thema so ungewöhnlich ist, findet ein kollegialer Austausch über erotisches Erleben selten statt. Demnach ist es nicht einfach, über das mögliche Vorhandensein von Erotik in der Psychotherapie zu sprechen. Die Schwierigkeit, sich über eigene erotische Gefühle auszutauschen, wird in der Gruppendiskussion nicht nur explizit angesprochen, auch die Art der Wortmeldungen lässt diesen Schluss zu. Sie gestalten sich vor allem zu Beginn zögerlich, verworren und aufgeregt. Sätze werden begonnen und nicht zu Ende geführt, weil sich ein anderer Gedanke darüber zu legen scheint. Denkpausen von einigen Sekunden und Ausdrücke des Zögerns wie „mhm“ oder „ähm“ unterbrechen immer wieder die Diskussionsbeiträge. Die häufigen Wortwiederholungen dienen nicht der Verstärkung des Gesagten, sondern lassen auf eine Verunsicherung schließen.

M. M.: *„Ich kenne was, wo es, wo ich mir denke uh, so, ah, oder (0.1)⁴ also sehr, sehr sinnliche Stimme hat ein Mann (0.1), das kann sehr (0.2) ...“*

Dieselbe Unsicherheit drückt sich in hastig gesprochenen, Wortteile verschluckenden Sätzen aus. Viele Statements sind sehr lang, ziehen Schleifen und scheinen nicht enden zu wollen. Auch wenn man berücksichtigt, dass die Form des Ausdrucks, der Wortwahl und der Satzaufbau in einer lebhaften Gruppendiskussion eine ganz andere, weniger strukturierte und freiere Dynamik annimmt als im Geschriebenen, fällt das Maß der sprachlichen Inkohärenz doch als bemerkenswert auf.

X. F.: *„Ich erinnere so von den Anfangszeiten, also, das immer als äußerst irritierend empfunden. Also, wenn da irgendeine Frau, die mich quasi anspricht und die mir dann irgendwie einfach, einfach gefällt so und (0.1) ahm wo Emotionen zwar in mir geweckt werden, auch wenn ich mit, mit dieser Klientin dann quasi so (0.1) also im Grunde auch sehr, in sehr, sehr (0.1) tiefe, also so in, innerlich sehr nahe war und, und dann ist einfach immer so, einfach so auch deutlich da war.“*

Die Form der Diskussionsbeiträge kann als ein Ringen um Worte für etwas verstanden werden, über das – obgleich alltäglich – selten im therapeutischen Kontext diskutiert wird. Da es sich dabei um Wahrnehmungen handelt, die ganz nahe am Sich-, am Selbst-Erleben sind, scheinen den Sprechenden aufgrund dieser Nähe oftmals die Worte zu fehlen. Die Schwierigkeit, Phänomene der Erotik sprachlich zu fassen, verdeutlicht das differenzierte Nachdenken über ein Thema und das vorsichtige Formulieren entlang eines Themas, das individuell und persönlich eine sehr große Bedeutung hat.

K. M.: *„Aber grundsätzlich finde ich das lebendig, (0.1) diesen erotischen Anteil, der sich da abspielt ... (0.5) da ist so ein*

ganz (0.2) normal, natürlicher, selbstverständlicher Teil in der Beziehung ist was Erotisches, was (0.2) o. k. ist.“

Beide Gruppendiskussionen sind einerseits von einem ernsthaften Bemühen getragen, sich über ein wichtiges Thema auszutauschen, andererseits gibt es viele heitere und lustvolle Momente als Folge von Ironisierungen der eigenen Aussagen oder jener der anderen. Spaßige Bemerkungen führen oftmals zu ausgelassenem Lachen und durchbrechen die Ernsthaftigkeit. Der Witz als Mittel zur Lösung von Spannung kommt häufig zur Anwendung.

E. K.: *„Gut, ich gehe jetzt inzwischen pipi, dann könnt ihr weiterreden, ich muss irgendwie, das Thema ist so aufregend.“*

- Öffnen für die Erfahrung

Im Unterschied zur Unsicherheit im Austausch über Erotik als Moment im therapeutischen Kontext, bewegen sich die Diskutierenden beim Thema der Erotik als persönlicher Erfahrung auf bekanntem Terrain. Erotische Gefühle sind als persönliche Erfahrungen Teil eines jeden Lebens und insofern selbstverständlich. Im Laufe der Diskussion berichten schließlich alle von Erfahrungen mit eigenen erotischen Gefühlen auch in der Therapiesituation.

M. M.: *„Ah, bei mir gibt es zwei Sachen, das eine ist, dass ich eine ganz konkrete Therapie im Auge habe, wo das (0.1) sehr präsent war und ich ziemlich gefordert war. Und generell, also Männer, die mich ansprechen, die mir gefallen, wo ich, (0.2) wo ich, wo ich mir denke, hm, das ist nicht so wie wenn der Franzi kommt oder der Seppi, das ist anders.“*

Der Versuch, die beiden Stränge, das Fremde und das Vertraute, miteinander zu verbinden, prägt die Gruppendiskussionen.

P. H.: *„Also ich habe, ich habe so das Gefühl, es ist, es hat so was Schweres irgendwie da in der Runde. Das Sexuelle besonders, so ein bisschen tabu und schwierig und so (0.3), und ich möchte da ein bisschen dagegen halten, ... Also, die Sexualität und die Erotik ... ah, finde ich das o.k. (0.2) und finde ich es gut. Also wenn ich, wenn, wenn dieses Lebenselixier (0.3) mit Lust und Freude im Raum stehen kann.“*

- Die Erotik im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung

In den Diskussionen wird die eigene Ausbildung – vor allem die Lehrtherapie – als Quelle sowohl für einen sicheren Umgang mit der Erotik in der Rolle der Psychotherapeutinnen wie auch als Quelle für große Verunsicherung diesbezüglich benannt. Es ist bemerkenswert, dass nur Frauen über derartige Erfahrungen berichten. Da aus den Daten kein Aufschluss darüber zu gewinnen ist, warum sich die Männer diesbezüglich nicht äußern, bleibt diese Frage offen.

N. K.: *„... das, ah, hat mir so gut ... vom [Lehrtherapeuten] damals gefallen, gerade in der Ausbildung, weil in den war ich*

4 Die Zahlenangabe in der Klammer verweist auf eine Unterbrechung im Sprachfluss, wobei die zweite Zahl die Dauer dieser Unterbrechung angibt.

irgendwie unsterblich verliebt ... und es war schön, das in der Gruppe benannt zu haben und vom [Lehrtherapeuten] ganz klar damals gehört zu haben, ah, es darf alles sein und passieren wird nichts. Und das hat in mir so einen Freiraum gemacht ... und wo auch drinnen war, so was wie, ja, dem gefalle ich auch ... da habe ich dann ..., den Zugang zu meinen Gefühlen gekriegt.“

Zwei andere Teilnehmerinnen berichten von einem ganz anderen, defizitären und problematischen Umgang mit ihren erotischen Gefühlen in der Einzeltherapie, der sie bis heute vorsichtig gestimmt hat, das Thema der Erotik überhaupt in ihren Therapien – als Therapeutinnen – aufkommen zu lassen.

C. R.: *„... ich weiß, dass ich in meiner Einzeltherapie auch sehr verliebt war ... ich habe das zwar angesprochen, aber es hat dann ganz wenig Raum gehabt ... es war nicht möglich, dass ich mit diesem Thema in der Einzeltherapie Platz bekomme. Und (0.1) das (0.1), glaube ich, das hängt noch so ...“*

Dass in der Fachliteratur Erotik und Sexualität keinen Platz haben, wird von allen bedauert.

b) Der Bereich des Erotischen ist (auch) im psychotherapeutischen Feld nicht definiert

Durch beide Gruppendiskussionen zieht sich der Versuch, erotische Gefühle zu definieren, um diese Dimension des eigenen Erlebens fassbar und den Umgang mit ihr analysierbar zu machen. Der Weg zur Bestimmung der Dimension des Erotischen führt einerseits über die Beschreibung von Gedanken, Empfindungen und körperlichen Wahrnehmungen, andererseits über die Abgrenzung von sexuellen Gefühlen. Die Teilnehmerinnen unterscheiden zwar durchgehend zwischen Erotik und Sexualität, heben diese Differenzierung aber auch immer wieder auf. Wenn die Unterschiede betont werden, dienen die persönlichen Bewertungen von erotischem und sexuellem Erleben als wesentliches Differenzierungsmerkmal zwischen den beiden Ebenen.

T. H.: *„Ja, irgendwie ist da einmal ein Unterschied, erotisch oder, oder sexuelle Attraktion wahrzunehmen ...“*

- Über sexuelle Gefühle

Die Diskutierenden gehen vermeintlich von einer begrifflichen Klarheit von Sexualität und einem gemeinsamen Begriffsverständnis von sexuellen Gefühlen aus. Attraktivität und Anziehung sowie eine daraus folgende Veränderung in der Qualität der Wahrnehmung des Gegenübers sind Beschreibungen der inneren Gefühlswelt bezüglich sexueller Gefühle. Die Wahrnehmung derartiger Gefühle löst eine Irritation aus, bzw. wird aufgrund der Stärke der Irritation auf eine sexuelle Attraktion geschlossen.

C. R.: *„Wo das, ja, das ganz, wo ich sehr verwirrt war, damit auch.“*

Jene Teilnehmerinnen, die sich als heterosexuell definieren, erwähnen sexuelle Gefühle ausschließlich bei gegengeschlechtlichen Klientinnen. Der einzige homosexuelle Teilnehmer

bringt gegen die Eindeutigkeit jedoch ein fließendes Verständnis sexueller Orientierung ein.

T. H.: *„Bis auf die ganzen Zwischenstufen, ja, weil das ist ja nicht nur hetero und homo, ja, es gibt ja eine riesige Bandbreite dazwischen, also so einfach ist es dann auch wieder nicht (0.1) ...“*

Zur Untermauerung des Konsenses über die Begrifflichkeit der sexuellen Attraktion wird eine Person aus der Populärkultur herangezogen. George Clooney gilt als Inbegriff des Mannes, der bei jeder Frau sexuelle Gefühle auslöst. Der Prototyp der heterosexuellen Anziehung ist zugleich aber auch ausnahmsweise homosexuell begehrenswert, indem er von einem Teilnehmer als Frau phantasiert wird. Damit wird die überwiegende Übereinstimmung von sexueller Attraktion mit der eigenen sexuellen Orientierung abermals durchbrochen.

S. F.: *„... ich habe die Sehnsucht nicht bei meinen Klienten, vielleicht weil kein George Clooney dabei war ...“*

M. F.: *„Dann habe ich auch noch keine Georgina Clooney bei mir gehabt, sozusagen.“*

Bei der Frage nach der Abgrenzung von Sexualität und Erotik wird aber auch Unsicherheit laut, inwieweit eine klare Trennung wirklich möglich ist. So ganz eindeutig ist es nicht, was sexuelle Gefühle genau sind. Etwas so vermeintlich Selbstverständliches wie die Sexualität ist zwar über Bilder darstellbar und als Empfindung beschreibbar, einer begrifflichen Fassung entzieht sie sich dann doch wieder (Aigner, 2013). Das belegen die Diskussionsbeiträge auf das Trefflichste.

T. H.: *„Also ich habe manchmal auch das Gefühl, es ist ein in mir, ein sexuell attraktives, ich weiß nicht ob erotisches Gefühl, und ich tue mir schwer mit den Begriffen ...“*

- Über erotische Gefühle

Nach dem Ausschluss der sexuellen Gefühle bleibt als Beschreibung der erotischen Gefühle ein nicht minder umfassender Bereich. Die Klassifikation der Gefühlsqualität zu Klientinnen liegt im Bereich von Wertschätzung, Lebendigkeit und Neugier. Sie bedrohen die Therapeutinnen in einem weitaus geringeren Ausmaß.

E. L.: *„Das wäre dem Klienten viel zu irritierend, zu einer jungen, sexuell attraktiven Frau zu gehen, der geht viel lieber zu jemandem, wo er vielleicht erotische Gefühle hat, aber es ist ihm lieber, es ist ungefährlich.“*

Die Vielfalt der inhaltlichen Beschreibungen von erotischen Gefühlen ist nicht nur ein Versuch, Gefühle zu definieren, sondern zeigt auch, dass darunter Unterschiedliches verstanden wird. Anders als bei sexuellen Gefühlen können sich erotische Gefühle der Therapeutinnen ohne weiteres sowohl auf das gleiche wie auf das andere Geschlecht richten. Das Vorhandensein von heterosexueller und homosexueller Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung gilt in diesem breiten Verständnis schließlich als beinahe selbstverständlich.

M.F.: „Weil ich habe mir eigentlich überlegt, (o.4) eigentlich habe ich zu fast allen in irgendeiner Art und Weise erotische Gefühle. Zu allen Klientinnen, aber auch wenn ich zu Klienten hinschaue ... ganz banal, für mich werden fast alle Klienten und Klientinnen während der Therapie hübscher.“

Die Teilnehmerinnen können sich ebenso wenig auf eine Definition von erotischen Gefühlen einigen, wie das auch bei den sexuellen Empfindungen der Fall ist. Die Erotik ist vielfältig und umfassend, sie entzieht sich einer eindeutigen Bestimmung. Das bestätigt jene, die sich philosophisch mit dem Phänomen der Erotik und „den Schwierigkeiten, diese auf den Begriff zu bringen“ (Pechriggl, 2009, S. 15), auseinandersetzen. Zugleich gibt es einen Konsens darüber, dass für das eigene Erleben von Erotik, für das Verständnis und die Qualifikation erotischer Gefühle, subjektive (Vor)Erfahrungen den Ausschlag geben. Die jeweiligen persönlichen Definitionen von erotischen Gefühlen dürfen unterschiedlich bleiben, sie alle werden als wertvoll anerkannt. „So wenig wie es eine einzige wahre Liebe im substanziellen Sinn wirklich gibt, so wenig gibt es den einen wahren und vollkommenen Eros für alle Menschen.“ (Pechriggl, 2009, S. 43).

S.F.: „Und dann, jetzt wirklich auch nicht geklärt haben, wie du das jetzt gesagt hast, habe, dachte, ich täte es gerade umgekehrt empfinden, geh (leises Lachen) ...“

c) Erotische Gefühle als höchstpersönliche Resonanz auf das Gegenüber

Erotische Gefühle auf Seiten der Psychotherapeutinnen stellen eine höchstpersönliche Resonanz auf die Klientinnen dar. Als Rechtswissenschaftlerin borge ich mir die Zuschreibung „höchstpersönlich“ (Korn & Neumayer, 1991, S. 21) von der Jurisprudenz, denn ich komme nicht umhin, eine Analogie zwischen den höchstpersönlichen Rechten und der besonderen Qualität dieser Resonanz herzustellen. Unter höchstpersönlichen Rechten versteht die Rechtswissenschaft jene Rechte, die untrennbar mit der Person ihrer Trägerin verbunden und daher weder – mit Ausnahmen – vererblich noch übertragbar sind. Sie „kleben“ buchstäblich an der Person. Ein Eingriff in sie verletzt die Würde, die Ehre, die Integrität, ja, die gesamte Persönlichkeit eines Menschen, weswegen sie besonders schützenswert sind. Der Begriff stellt eine Unmittelbarkeit und Nähe von Person und Recht her, die grundsätzlich nicht erweiterbar ist (Korn & Neumayer, 1991). Ich verstehe unter höchstpersönlicher Resonanz im psychotherapeutischen Kontext eine Resonanz, deren Ursprung unser grundlegendstes menschliches Sein ist. Diese Resonanz ist so wertvoll und gleichsam „heilig“, weil sie aus dem jeweiligen höchstpersönlichen Bereich kommt. Erotische Empfindungen stehen in einer größtmöglichen Nähe zum Individuum, sind derart unmittelbar und intim (lat.: „innerst, vertrautest“), dass sie quasi einem „Kern“

unseres Selbst zu entstammen scheinen. Paradoxerweise ergreifen sie von diesem Kern aus den gesamten Körper, äußern sich auf jeder Ebene des Organismus und verbinden damit Physis und Psyche auf eindrucklichste Weise. Das macht sie einzigartig in ihrer Qualität und unvergleichbar mit anderen Gefühlen. Andreas-Salomé kennzeichnet die Erotik als „Totalergriffenheit des Wesens“ (Andreas-Salomé, 1910/1979, S. 95) und verknüpft das Erotische mit dem „Bereich des menschlich Individuellsten, was es gibt.“ (Andreas-Salomé, 1910/1979, S. 93).

P.H.: „... also ich denke mir, es ist (o.1), es ist doch vor allem mein Lebenselixier, nicht. Also die Sexualität und die Erotik (o.2) ...“

d) Momente der Gewährwerdung von erotischen Gefühlen

Bezüglich des Moments und der Art der Bewusstwerdung von erotischen Gefühlen werden zwei Möglichkeiten genannt: die spontane Wahrnehmung und jene, die sich allmählich aus der psychotherapeutischen Beziehung entwickelt. Diese Unterscheidung ist insofern von hoher Relevanz, als sie in der persönlichen Bedeutung und Bewertung der Psychotherapeutinnen ihren Niederschlag findet.

• Spontane Resonanz und die Quelle ihrer Entstehung

Die Teilnehmerinnen qualifizieren diese spontane Resonanz als eine Reaktion, die verwirrt, als einen „Eindringling“ in den sicheren Bereich ihres therapeutischen Daseins. In der Qualität wie der Qualifizierung der Wahrnehmung entspricht die spontane Resonanz damit jener von sexuellen Gefühlen. Als Quelle der Resonanz wird die eigene Person ausgemacht, die auf die Klientinnen reagiert, zu einem Zeitpunkt des psychotherapeutischen Prozesses – im Erstgespräch bzw. in den ersten Momenten der Begegnung – in welchem das Einander-fremd-Sein als Beziehungsqualität vorherrscht und vornehmlich eigene Projektionen die ersten Hinweise auf das Gegenüber anbieten. Diese Reaktion ist eine, die zum größeren Teil der eigenen Persönlichkeit und Verfasstheit geschuldet ist.

Die Frage nach der Quelle des eigenen Erlebens beschäftigt auch die Diskutierenden. Für die Qualifikation wie auch für den weiteren Umgang mit den eigenen Gefühlen ist es ausschlaggebend, ob das Erleben der Psychotherapeutinnen gleichsam originär aus ihnen selbst stammt oder ob es sich aus der Begegnung mit dem Gegenüber im Hier und Jetzt entwickelt. Da die Resonanz immer ein Produkt aus einer Interaktion, durch die eigene Erfahrungen aktualisiert werden, darstellt, ist die Unterscheidung, ob sie zu einem größeren oder geringeren Teil aus der eigenen Person kommt, schwer zu treffen. Dennoch gilt diese Differenzierung auch in den Gruppendiskussionen als wichtiges Distinktionsmerkmal für den weiteren Umgang mit der Resonanz.

T. H.: „... ja, weil ich habe jetzt zum Beispiel einen Klienten, der, der sitzt in der ersten Stunde da und ist mit seiner ganzen Sexualität im Raum, in einer Art, die mich gleich (0.1) umbläst, ja.“

- Allmählich aus der therapeutischen Beziehung entstehende Resonanz

Das zweite Moment der Entstehung von erotischen Gefühlen unterscheidet sich deutlich vom ersten: Die Empfindungen treten quasi aus dem Raum zwischen Therapeutinnen und Klientinnen im Zuge der Intensivierung der Beziehung allmählich hervor. Die Quelle der Resonanz ist das Miteinander-in-Beziehung-Sein und die Entstehung der Gefühle entspricht der prozesshaften Entwicklung der psychotherapeutischen Beziehung. Diese sich allmählich entwickelnden erotischen Gefühle bilden gleichsam ein gemeinsames Erleben ab, das von Nähe, Intimität und einem Sich-von-einander-berühren-Lassen gekennzeichnet ist. Ob das Erleben zum größeren und geringeren Teil aus der eigenen Verfasstheit entsteht, wird nicht thematisiert. Das gemeinsame Erleben steht im Zentrum der Aufmerksamkeit.

M. F.: „Und das sind für mich eigentlich fast die berührendsten, intimsten (.01), weiß nicht, ob das Wort, mhm, erotischsten Momente auch dazu passen würde. Aber jedenfalls, da passiert irgendwas, auch Großartiges oder auch (.03), äh, man könnte es fast schon sagen Transpersonales manchmal auch, über das was da ist auch hinausweisend, und (.02) ähm in gewisser Weise hat das schon auch mhmh, weiß nicht, ob erotisch das richtige Wort ist, aber einen Aspekt, wo so was (einatmen) ...“

Diese Form der Resonanz wird für die psychotherapeutische Arbeit durchwegs positiv bewertet. Sie kennzeichnet ein Moment von Verständnis, das dem Ziel von kongruenter, wertschätzender und empathischer Begegnung am nächsten kommt. Sie entspricht jenem Zusammenwirken aller Grundvariablen im Sinne der Präsenz, von der Rogers in seinem Spätwerk spricht. Mann, der der psychotherapeutischen Beziehung eine erotische Dimension als inhärent zuschreibt, geht davon aus, dass in der therapeutischen Begegnung die inneren Welten zweier Subjekte aufeinander treffen und „... die volle emotionale Bandbreite ... nur erlebt werden [kann], wenn auch die Liebesfähigkeit und die Erotik [als Teil des therapeutischen Prozesses] beteiligt sind.“ (Mann, 1999, S. 49).

e) Erotische Gefühle bringen Psychotherapeutinnen an ihre Grenzen

Nach der oben getroffenen Differenzierung zwischen erotischen und sexuellen Gefühlen, hebe ich diese insbesondere für die folgenden Erkenntnisse wieder auf. Dies mag auf den ersten Blick irritieren, doch es entspricht den aus den Gruppendiskussionen gewonnenen Daten, die das deutliche Hin- und Herwechseln zwischen Erotik und Sexualität sowie ein gleichzeitiges Unterscheiden und Zusammenführen beider Dimensionen

abbilden. Während das therapeutische Verhalten für Rogers nicht über den angenehm temperierten Bereich der anerkannten menschlichen Begegnung hinausgeht (Teichmann-Wirth, 1992), verorten die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen ihre Empfindungen sehr wohl auch im Bereich großer Erregung. Obwohl erotische Gefühle gegenüber Klientinnen letztendlich als nicht ungewöhnlich gehandelt werden, haftet ihnen eine Herausforderung für die eigene Arbeitsfähigkeit an. Wird dieses Erleben als Verunsicherung erfahren, nähern sich die Therapeutinnen ihren professionellen und persönlichen Grenzen.

C. R.: „... ich habe mich schon gefreut, wenn der kommt, und zugleich habe ich wesentlich mehr Angst vor den Stunden gehabt. Das heißt, ich habe ein Stück für mich therapeutische Sicherheit (0.2) verloren (0.5).“

- Tabu – Fremdheit

Freud (1913/1999) hat auf die Bedeutung des Tabus und auf die enge Verbindung von Totem und Tabu hingewiesen. Die Totemsippe der Naturvölker umfasst jene Menschen einer Gruppe, die unter einem Totem leben. Sie entspricht darüber hinaus eher einer sozialen als einer physischen Zusammengehörigkeit, und die Tabuverbote der Sippe dienen der Sicherung der Gemeinschaft. Der Gedanke an die Gemeinschaft der Psychotherapeutinnen drängt sich hier gleichsam auf. Nach Freud stellt die Übertretung von Tabuverboten eine soziale Gefahr dar, was ihre Sanktionierung durch die Mitglieder einer Gesellschaft notwendig macht, um den Zerfall derselben zu verhindern. Tabu bedeutet „einerseits: heilig, geweiht, andererseits: unheimlich, gefährlich, verboten, unrein“ und Tabus „verbieten sich eigentlich von selbst“ (Freud, 1913/1999, S. 26). Als besonders wirksames Tabu gilt die Abwehr des Inzests innerhalb der Gemeinschaft, um deren Fortbestand zu sichern. Freud zieht den Schluss, „[Denn,] was niemand zu tun begehrt, das braucht man doch nicht zu verbieten, und jedenfalls muß das, was aufs nachdrücklichste verboten wird, doch Gegenstand eines Begehrens sein“ (Freud, 1913/1999, S. 86). Wenn ich nun versuche, die Tabuisierung von erotischen Gefühlen auf Seiten der Psychotherapeutinnen mit Freud zu verstehen, dann kann ich konstatieren, dass in beiden Gruppendiskussionen eine Gefühlsambivalenz um das therapeutische Inzestverbot kreist. Es ist verführerisch, und es versteht sich von selbst, dass der Verführung nicht nachgegeben wird.

F. P.: „... aber der, der Blick, der väterliche Blick ... (0.1) darf den Inzest nicht in sich tragen ...“

Sich von Klientinnen sexuell oder erotisch angezogen zu fühlen, ist tabuisiert, und diese Tabuisierung wirkt sich auf den Austausch unter Kolleginnen aus. Wird darüber gesprochen, bedeutet dies einen Tabubruch, was dazu führt, dass die Diskutierenden, wenn sie sich derart angreifbar zeigen, sich auch gleichzeitig voreinander absichern müssen. Die beinahe

formelhafte Beschwörung, dass es selbstverständlich zu keinem sexuellen Kontakt kommen darf, verdeutlicht dies. Der sexuelle Missbrauch schwebt wie ein Mahnmal über den Gruppendiskussionen. Auf der persönlichen Ebene verfolgen die Therapeutinnen individuelle Strategien, um sich vor Verunsicherung zu schützen. Es gibt das mit sich selbst geschlossene Agreement, dass es auf der realen Ebene mit Klientinnen keinen sexuellen Kontakt geben darf. Was explizit als notwendige persönliche Schutzhaltung für das eigene korrekte therapeutische Arbeiten formuliert wird, erfüllt außerdem den Zweck, sich den Freiraum zu verschaffen, um sich erotischer Gefühle überhaupt erst ohne Angst bewusst werden zu können. So werden im Laufe der Diskussionen viele Überlegungen zum Thema sichtbar, die bis dahin nicht nach außen transportiert wurden.

M. F.: *„Für mich gibt es das ganz klare Tabu und für mich selber ganz klare Grenzen. ... ermöglicht es mir dann, Gefühle auch mehr zuzulassen ... das ist (0.2) für mich ganz ein klares Verbot an mich.“*

- Scham – Deplatziertheit

Die Wahrnehmung starker erotischer Emotionen ist mit Scham besetzt. Das Gefühl der Scham zeigt persönliche und soziale Grenzen auf, denn gemeinhin unterliegt der Scham ein psychisches Geschehen, das im Moment oder in der Situation als störend empfunden wird. Körperliche Reaktionen, die dieses eigene Erleben, das für die Veröffentlichung nicht vorgesehen ist, nach außen transportieren, bedeuten den Verlust von Kontrolle in einem höchst sensiblen Bereich. Sie machen die eigene Verwundbarkeit sichtbar, weil sich der Kontakt auf einer unerwünschten Ebene gleichsam gegen den eigenen Willen in den Vordergrund schiebt.

T. H.: *„Ah, ah, ah, ja (0.2), bis hin zu dem Klienten, wo ich mir dann schnell irgendwo einen Block nehmen muss und den auf den Schoß legen musste, ja. (Lachen)“*

Gefühle der Scham sind unbewusste Reaktionen, die der Bewältigung von Ängsten dienen (LaPlanche & Pontalis, 1973). Unerwartete Emotionen und Situationen bedrohen Normierungen, Verbote und Tabus und machen deshalb Angst. Gemeinsam ist ihnen etwas im Moment *Fremdes*. Nach Nadig macht das Fremde Angst, da es eine „Reaktion auf eine – von inneren und äußeren Faktoren bedingte – unbekannte Situation ist, die das Individuum nicht bewältigen kann“ (Nadig, 1992, S. 164). Dieses Moment der Verunsicherung bedroht die Arbeitsfähigkeit der Therapeutinnen, weil es im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit nicht vorgesehen ist. Es bricht die professionelle Haltung auf, womit Gefühle der Unzulänglichkeit einhergehen. Das Gefühl, sich selbst fremd zu sein, stellt sich ein, weil „unangenehme Erfahrungen immer etwas mit mir selbst zu tun haben und es schließlich das Fremde in mir ist, das Angst macht“ (Hofstadler & Fallend, 2004, S. 24).

M. F.: *„... , aber auf dieser Ebene, da merke ich (0.2), da wäre ich wahrscheinlich paralysiert oder so, also da, (0.1) das, das könnte ich mir, (0.1) das dürfte ich mir nie zutrauen, oder, da merke ich genau, also da (0.1) komme ich für mich an meine Grenzen.“*

Rogers (1961/2000) hat dazu Vergleichbares festgehalten. Für ihn heißt Offenheit gegenüber der realen Erfahrung das Ertragen von Ungewissheit. „Sich auf diese Angst einzulassen, Ungewissheit (...) ertragen zu können, heißt für psychotherapeutisches Arbeiten, das Fremde in den Anderen, in uns selbst, auszuhalten“ (Schreder, 2011, S. 22).

T. H.: *„Überhaupt wenn es um so heikle Themen geht, ja, weil Erotik und Sexualität ist ja für manche oft dann einfach mit Scham verbunden. Und das ist eines der stärksten Gefühle, die am wenigsten in die Therapie hineinkommen.“*

f) Umgang mit erotischen Gefühlen

E. K.: *„... rein theoretisch würde ich sagen, man sollte, man sollte jetzt wirklich mit diesen Impulsen so umgehen wie mit allen anderen Impulsen oder Resonanzen, einmal ein bisschen (0.1) wahrnehmen und spüren und schauen, vielleicht einmal wegstellen und mit der Supervision besprechen, aber ich meine, rein faktisch, ist es wahrscheinlich doch etwas (0.1), es ist anders, ... wie mache ich es (0.1) transparent, nicht ...“*

Auch hinsichtlich des Umgangs mit erotischem Erleben lassen die Daten zwei Ebenen unterscheiden. Eine, die direkt beschrieben und ausgeführt wird, und eine andere, die sich aus dem Gesagten erschließen lässt. Während Erstere sich im bewussten Wahrnehmen und begründeten therapeutischen Handeln manifestiert, zeigt sich Letztere indirekt als Abwehr von erotischen Gefühlen. Entscheidend für die reale Dimension des Umgangs ist das Ausmaß des eigenen Anteils am Erleben. Wird dieser überwiegend für die Resonanz verantwortlich gemacht, so qualifizieren die Teilnehmerinnen diese vorweg als nicht zum therapeutischen Prozess gehörig. Jenes Erleben, das sich überwiegend durch die Interaktion beider beteiligter Personen konstituiert, wird dagegen als wichtige Resonanz für die Therapiebeziehung betrachtet und beachtet. In beiden Diskussionen zeigen sich sehr unterschiedliche Weisen des professionellen Umgangs mit erotischem Erleben. Die Auseinandersetzung darüber wird in einer Gruppe heftig und kontrovers geführt.

- Abwehr von erotischem Erleben

In der Persönlichkeitstheorie wie dem Ätiologiekonzept von Rogers beschreibt der Begriff der Abwehr einen Prozess, der das Selbst gegen das Gewahrwerden von neuem Erleben schützt, um sich der Inkongruenz zwischen Erfahrungen, die das Selbst bestätigen, und solchen, die es in Frage stellen, nicht bewusst werden zu müssen. Als Modi der Verhinderung werden die selektive Wahrnehmung, die Wahrnehmungsverzerrung sowie

die Verhinderung der Wahrnehmung beschrieben. Über den Weg der Selbstbehauptungstendenz gelingt es dem Organismus „unterschwellig wahrgenommene“ (Keil, 2003, S. 15), das Selbst bedrohende Erfahrungen abzuwehren, um es unbeschadet aufrechtzuerhalten. In Gendlins Theorie entspricht das strukturgebundene Erleben, das die Bezugnahme auf den inneren Erlebensprozess verhindert, insofern diesem Konzept, als es zu keiner Entwicklung kommen kann (Keil, 2003). Ich schlage vor, für die Formen der Abwehr von Erfahrungen die Begriffe Distanzierung, Neutralisierung und Ent-Sexualisierung zu verwenden, weil sie mir aussagekräftiger erscheinen.

- Distanzierung

In den Gruppendiskussionen wechselt der Blick auf erotische Gefühle häufig von denen der Psychotherapeutinnen zu jenen der Klientinnen. Diese Distanzierung vom eigenen Erleben macht es möglich, sich nicht mit diesem beschäftigen zu müssen. Es ist einfacher, über die erotischen Gefühle von Klientinnen (den Therapeutinnen gegenüber) zu sprechen, und es ist sicherer. Im Sinne der oben ausgeführten personenzentrierten Terminologie kann hier von einer Verhinderung der Wahrnehmung gesprochen werden.

M. M.: „... ist ja (0.1) eher gut für den Prozess, wenn sich die Klienten für uns (0.2), in uns verlieben. Dann kannst du es ja gut nützen. So, also, wo sind die Sehnsüchte, die Wünsche ...“

- Neutralisierung

Eine andere Form der Abwehr ist die Neutralisierung, die der selektiven Wahrnehmung entspricht. Auf diese Weise werden Erfahrungen „unschädlich“ gemacht, indem sie als mit sich selbst in keiner Verbindung stehend bewertet werden.

S. F.: „Ich denke mir, ich kann die Erotik wahrnehmen, aber es entstehen bei mir keine erotischen Gefühle ... auch ganz viele jugendliche Mädchen, die schau ich auch so an und (0.1) es gefällt mir einfach, was sie ausstrahlen, wie sie körperlich sind, aber es hat nichts mit mir zu tun (Lachen).“

- Ent-Sexualisierung

Bei der Ent-Sexualisierung, die eine Wahrnehmungsverzerrung darstellt, werden die Erfahrungen auf eine andere Ebene verschoben. Auf der Generationenlinie wird so die Wahrnehmung von erotischen Gefühlen in einer anderen Qualität, als mütterliche oder väterliche Gefühle, möglich.

K. M.: „Jetzt sind auch die männlichen Angebote mehr so zu einer mütterlichen Person, was ahm (0.9) sicher auch erotische Qualitäten haben kann, aber doch andere.“

- Wahrnehmen von erotischem Erleben

Obwohl viel an Erotik im psychotherapeutischen Prozess abgewehrt wird, kennt die Mehrzahl der Teilnehmerinnen der

Gruppendiskussionen das Phänomen, dass sich eigene erotische Gefühle in ihnen bemerkbar machen, und sie gehen mit diesem Erleben unterschiedlich um. Das Ziel, als Therapeutinnen arbeitsfähig zu bleiben, stellt quasi eine Richtschnur dar, die zur Entwicklung individueller Strategien führt.

- Wegstellen als Strategie

Erotisches Erleben, als dessen überwiegende Quelle die eigene Person ausgemacht wird, wird in der Regel zur Seite gestellt, weil es für das therapeutische Geschehen als nicht passend qualifiziert wird. Unterschiedlich bewerten die Diskutierenden allerdings den Grad der professionellen Irritation. Während einige panikartig die unangenehmen Gefühle damit „erledigen“ wollen, betrachten andere den Vorgang des Zur-Seite-Stellens gleichsam als ein notwendiges therapeutisches Vorgehen, um mit dem Gegenüber in einem professionellen Kontakt bleiben und „ordentlich“ arbeiten zu können.

F. P.: „Na für mich ist es wichtig zu bemerken, wie ist die erotische Anziehung und ist es mehr meines oder erlebe ich es eher so, dass es viel Botschaft ist von Seiten der Klientin oder des Klienten ... Also, wenn ich merke, das ist wirklich meines, die gefällt mir, dann bemerke ich das und stelle es weg.“

Eine Teilnehmerin äußert aber auch ihren Zweifel, ob dieser Umgang mit erotischem Erleben, den sie analog handhabt, der richtige ist.

M. M.: „... reagiere ich jetzt als Martina, wenn das im Raum ist (0.1) oder mache ich, das ist das, was ich mehr mache, ich weiß jetzt nicht, weil ich, weil ich Schiss davor habe oder sonst was, dass ich es von mir weg gebe ... dann kriege ich es ja von mir weg ... Aber ich weiß jetzt nicht, ob ich mich da drücke vor was ...“

- Da-sein-Lassen als Strategie

Erotisches Erleben wird auch als ganz unproblematisch qualifiziert, als „schöne Stunde“, in der es möglich ist, dem eigenen Erleben nachzuspüren und darin „gut“ zu verweilen. Diese Empfindungen machen lebendig, erzeugen eine Neugier auf die Klientinnen und lassen die Therapeutinnen konzentriert im Hier und Jetzt sein, in der Begegnung. Das Gemeinsame – im Sinne des impliziten Mitschwingens – verändert den Erlebensprozess beider. Es explizit zu machen, ist nicht notwendig.

K. M.: „Also, ich denke mir, was ich meine, ja, dass es von mir aus ist oder irgendwas wahrnehme, was mir gefällt und mich erotisch anspricht, ja und das ist okay (0.1) einfach, ja. Ohne dass da jetzt irgendeine Begehrlichkeit entsteht (Lachen), sondern es ist einfach okay, es ist fein, ja. Dann glaube ich schon auch, dass das was bewirkt ... Aber ich denke mir nicht, dass man das zum Thema machen muss, sondern das ist wie eine (0.6) katalysatorische (0.1) Begleiterscheinung ...“

Die notwendige therapeutische Haltung der Kongruenz wird ausdrücklich angesprochen. Erotische Gefühle wahrzunehmen, erlaubt ihm, sich kongruent zu erleben.

M. F.: „Aber ich denke mir, wenn ich das in mir nicht zulasse (0.2), den Teil, dann weiß ich, dass ich irgendwann inkongruent werde ... meine Gedanken, ..., [die] ich auch nicht (0.5), nicht leugnen (0.1) kann oder will, ..., manchmal muss ich auch selber mit mir lachen und über mich. Aber für mich ist es immer ganz wichtig, das zuzulassen,..., Gedanken oder Bilder, ..., die gehen auch wieder weg ...“

- **Verständnis im Sinne einer prozessualen Diagnostik**

Eine wesentliche Qualität der eigenen Resonanz ist ihr Potenzial für die Entwicklung von Verstehenshypothesen in Bezug auf die Klientinnen. Nach Sommer und Sauer (2001) kann die Interaktion zwischen Therapeutinnen und Klientinnen als szenische Betrachtung Aufschlüsse über das Gegenüber geben. Dabei sind die Erfahrungen und das Erleben der Therapeutinnen der Schlüssel zum Verständnis der Klientinnen. Verbale wie nonverbale Kommunikation wird über die Resonanz in ihrem kognitiven wie emotionalen Sinngehalt zugänglich. Was für die einen (noch) am Rande der Gewahrwerdung ist, ist für die anderen (bereits) erlebbar. So lassen sich erste Annahmen über die Bedingungen für die Entstehung spezifischer Verhaltensweisen, über die derzeitige Verfasstheit sich selbst wie der Außenwelt gegenüber und über bestehende Inkongruenzen gewinnen: „... prozessuale Diagnostik [ist] per Definition intersubjektives Interaktionsgeschehen“ (Sommer & Sauer, 2001, S.197). Der theoretische Ansatz der prozessualen Diagnostik wird in den Gruppendiskussionen lebendig. Im behutsamen Umgang mit diesem „Schatz“ gewinnen die Diskutierenden erste vorsichtige Annahmen zur Persönlichkeit der Klientinnen, zu ihren Befindlichkeiten und den Entwicklungen dahin. Das eigene Erleben verwenden sie wie einen „roten Faden“ für den therapeutischen Prozess. Anhand der Resonanz können die Botschaften des Gegenübers erforscht werden, insbesondere wenn die Beziehung erotisiert oder sexualisiert erlebt wird. Dieses Nachspüren ermöglicht schließlich, sich ein umfassenderes Bild vom Gegenüber zu machen, in sein Bezugssystem gleichsam „einzutauchen“ und von dieser Position aus ein wenig mehr zu verstehen als verbal angeboten wird.

M. F.: „Verführen, da darüber sehr gut in Beziehung treten, oder (0.1), das fast als ursprüngliches Beziehungsangebot präsentieren und mit dem sie dann auch kommen, dort hat es für mich auch einen ganz einen wichtigen diagnostischen Punkt, den ich dann auch für mich, also wenn es passt in dem Moment ansprechen muss oder später, aber wo ich [es] ganz wichtig für den Hintergrund habe ...“

- **Therapeutische Intervention**

Über die Umsetzung von erotischem Erleben in professionelle Handlungen zugunsten des therapeutischen Prozesses kommen die Diskutierenden zu keiner Einigung. Die meisten teilen ihre Gefühle dem Gegenüber nicht mit, allerdings wird auch die entgegengesetzte Position von einer Minderheit sehr heftig vertreten. Korrekt psychotherapeutisch zu arbeiten, bedeutet für eine Teilnehmerin, dass das eigene erotische Erleben analog dem Erleben anderer Gefühle den Klientinnen zur Verfügung gestellt werden muss, sofern es sich um ein beständiges Erleben handelt. Entgegen der Meinung, erotische Gefühle blockierten die Arbeitsfähigkeit, wird das Ansprechen eigenen Erlebens gefordert, um die Blockade aufzuheben.

E. K.: „Aber ich glaube, dass nicht gesagte Sachen, immer, also eben weil es eh da ist, das ist dann schwierig. ... Aber ich finde (0.2), du musst es, du musst dich in irgendeiner Weise transparent machen.“

Für die Art und Weise der Mitteilung bezieht sich diese Teilnehmerin ausdrücklich auf die Techniken der Selbsteinbringung nach Finke (2004). Durch die Beschreibung des Erlebens, das die Klientinnen in den Therapeutinnen auslösen, kann der Blick der Klientinnen auf das eigene Sein und Tun erweitert und die Beziehung schließlich vertieft werden.

Andere thematisieren die konkrete Beziehungsebene erst zu einem späteren Zeitpunkt im Therapieverlauf, damit die bereits gemachten Erfahrungen des Miteinander-Seins als Frauen und Männer genützt werden können. Das Wahrnehmen eigener erotischer Empfindungen dient dann als Signal, um diese professionelle Aufgabe in Angriff zu nehmen. Überhaupt ist eine tragfähige Therapiebeziehung die *conditio sine qua non*, um sich auf das heikle Terrain der Thematisierung der Beziehung einzulassen.

M. F.: „... wenn es in einem späteren Prozess ist, dann versuche ich das schon auch immer irgendwann einmal zu thematisieren, zum Beispiel wie die Klientin mich als Mann sieht. Und wo ich schon auch ihr spiegle, wie ich sie als Frau sehe. Also, entweder, wenn es nicht von selber passiert, dann bringe es auch ich ein ...“

Jene Teilnehmerinnen, die im Umgang mit ihrem erotischen Erleben eher vorsichtig sind, weisen auf die Gefahren einer Mitteilung hin. Eine solche kann eine Überforderung der Klientinnen auslösen, wie sie auch der Befriedigung unreflektierter Bedürfnisse auf Seiten der Therapeutinnen dienen kann.

S. F.: „Also, mit dem Ansprechen, geh. Also, mir ist jetzt einfach ..., so ganz am Anfang von meiner Eigentherapie, eingefallen, wo der Therapeut sagt, ah, eigentlich willst du mit mir schlafen, geh? Und ich denke, angekommen ist bei mir (0.1) der will (0.1) und ich darf mich nicht wehren, geh, und das war das Ende der Eigentherapie ... Geh, da habe ich gemerkt, so, also, das sind ganz gefährliche Themen, nicht ...“

- Professionelle Unterstützung

Professionelle Hilfe im Rahmen von Supervision ist der übliche Weg, mit schwierigen Situationen jeglicher Art im psychotherapeutischen Prozess umzugehen. Auch im Fall von eigenen erotischen Gefühlen wird dieser Weg empfohlen. Die vertrauliche Beziehung zu Supervisorinnen ermöglicht den Blick auf „blinde Flecken“. So kann zwischen eigenen Wünschen und Bedürfnissen, die befriedigt werden möchten, und den zugleich prozesshaften wie zu erwartenden Empfindungen aufgrund der Persönlichkeit der Klientinnen differenziert werden.

T. H.: *„Ja, bin halt ganz krass sofort in Supervision gedackelt und habe gesagt Hilfe, ja, (Lachen).“*

Durch die wieder erlangte therapeutische Sicherheit bleiben die Therapeutinnen arbeitsfähig. Die supervisorische Unterstützung gilt einhellig als geeigneter und überaus hilfreicher Weg für den Umgang mit herausforderndem Erleben. Obwohl es diese Übereinkunft gibt, ist die Hürde, sich einer anderen Fachperson anzuvertrauen, sehr hoch, insbesondere im Fall hoher eigener Unsicherheit gepaart mit geringer therapeutischer Erfahrung und Schamgefühlen.

g) Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung

Jede Art des Umgangs mit erotischem Erleben wirkt sich auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess aus. Darüber sind sich alle Diskutierenden einig. Im günstigen Fall vertieft sich die Therapiebeziehung. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, dass der therapeutische Prozess in Turbulenzen gerät und – wenn diese nicht bewältigt werden können – dies zu einem Abbruch der Therapie führt. Ein herausragendes Kriterium für das Vertiefen oder das Scheitern der therapeutischen Beziehung ist die persönliche Bewertung des eigenen Umganges mit dem Erleben. Wer Strategien hat, mit dem erotischen Erleben umzugehen, fühlt sich im therapeutischen Handeln sicher und ist zufrieden mit dem Prozess, der dadurch fortgesetzt wird.

- Vertiefung der therapeutischen Beziehung

Von einer Vertiefung der therapeutischen Beziehung sprechen alle, die mit ihrem professionellen Umgang mit erotischen Gefühlen zufrieden sind. Längere Erfahrung als Therapeutinnen sowie eine damit einhergehende Offenheit für das eigene Erleben begünstigen diese Bewertung ebenso wie die fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Dann zählt auch erotisches Erleben wie jedes andere Erleben zum Reservoir therapeutischen Handelns. Eine solche gelungene Transformation von eigenem Erleben in die psychotherapeutische Herangehensweise ermöglicht es, einen Schritt weiter im Verstehen der Klientinnen zu kommen, was diesen letztlich einen neuen Zugang zu ihnen selbst eröffnet. Erotische Empfindungen werden diesbezüglich als wertvoller Teil des Prozesses qualifiziert.

N. K.: *„... das ist so die Chance drinnen, wenn es aktualisiert wird in der Therapiesituation (Einatmen), dass es erstens nicht so uuuh ist (Ausatmen), sondern, dass es dann auch was ist, wo es (0.3) weitergehen kann.“*

Ein Teilnehmer bezieht sich ausdrücklich auf Gefühle der Trauer, die das Zur-Seite-Stellen in ihm hervorruft, und qualifiziert den Abschied von jenem Anteil, den er als Therapeut in der professionellen Beziehung nicht leben kann, als hilfreich, um sich dadurch dem Gegenüber für andere Gefühle öffnen zu können.

X. F.: *„Und dann habe ich es so erlebt, wie, (0.1) also immer wieder wie (0.5) auch so ein Stück Trauerarbeit nebenher. Also, so, ah, (0.1) ich kann (0.1) diesen Teil, den kann ich nicht leben und der ist irgendwie da und das ist irgendwie einfach traurig auch, aber gleichzeitig eröffnet das wirklich einen großen Freiraum, wo einfach ganz vieles möglich wird. An Nähe und dann an Intimität ...“*

- Turbulenzen und Abbruch

Gelingt es nicht, das eigene erotische Erleben für den therapeutischen Prozess konstruktiv zu verwenden, weil die Unsicherheit überhandnimmt und/oder keine Supervision in Anspruch genommen wird, so wirkt sich dies negativ auf die Therapiebeziehung aus. Mehrere Diskutierende berichten von missglückten Erfahrungen im Umgang mit erotischen Gefühlen, was für die anderen nachvollziehbar und verständlich ist. Nehmen die Gefühle ein Ausmaß an, das die Arbeitsfähigkeit der Therapeutinnen über einen längeren Zeitraum massiv beeinträchtigt, ist der Abbruch durch sie oder ihn legitim und notwendig, um sich und das Gegenüber zu schützen.

N. K.: *„Wenn das nicht weg geht, glaube ich auch, dass das dann irgendwie ehrlicher ist zu sagen (0.3), weil sonst würde es glaube ich in einen, dann kommt es in den Missbrauch.“*

In den Fällen, in denen es zu einem Abbruch der Therapie kommt, wird das eigene therapeutische Vorgehen als mangelhaft bewertet. Übrig bleibt der Wunsch, über bessere Umgangsweisen zu verfügen.

C. R.: *„Und ich glaube auch, dass es von beiden Seiten war, nur er hat abgebrochen. ... für mich im Nachhinein (0.3), es war ein Fehler, es nicht einmal da sein zu lassen und es nicht anzusprechen. Es war ein absoluter Fehler, weil es so spürbar war. Und dann jetzt vielleicht, denke ich mir, ahm, hätte es vielleicht anders weitergehen können, ja. Sagen, aha, ist jetzt da, (0.1) bei Ihnen da, bei mir, also ich, ich glaube (0.1) ganz sicher, dass es, wenn es so stark ist, dass es notwendig ist ...“*

Zusammenfassung und Ausblick

Psychotherapeutinnen sind Menschen und erotische Gefühle sind existenzielle menschliche Gefühle. Dementsprechend haben auch alle Psychotherapeutinnen erotische Gefühle. Diese Annahme, die mir zu Beginn meiner Forschungsarbeit ebenso banal wie logisch erschien, hat sich bestätigt. Außerdem hat sich erwiesen, dass das Thema der erotischen Gefühle auf Seiten der Therapeutinnen im therapeutischen Prozess tabuisiert ist. Mann hat wohl recht, wenn er sagt: „Die Erotik ist von Natur aus keine behagliche Angelegenheit. Dennoch ist es wichtig, die Diskussion über einen verhältnismäßig abgeriegelten Bereich der psychotherapeutischen Theorie und Praxis zu eröffnen.“ (Mann, 1999, S. 37).

Es ist meine These und Kritik gleichermaßen, dass durch die Tabuisierung von Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung ein wichtiger zwischenmenschlicher Faktor und seine Bedeutung für den psychotherapeutischen Prozess ausgespart werden. Die Folge ist nicht nur ein Verzicht auf eine wertvolle Ressource, sondern auch eine große Unsicherheit der Psychotherapeutinnen im Umgang mit eigenen erotischen Gefühlen. Diese Unsicherheit ist der Grund dafür, dass erotisches Erleben vielfach der Wahrnehmung entzogen und die Angst vor sexuellem Missbrauch allgegenwärtig ist. Insbesondere die Verknüpfung von erotischen und sexuellen Gefühlen und sexuellem Missbrauch in der personenzentrierten Literatur nährt die Sorge, dass durch die Thematisierung von Erotik und Sexualität das Feld für die Befriedigung eigener Interessen quasi bestellt wird. Dabei hat „[d]as Tabu ... nicht zur Folge, daß das Geschehen verhindert wird, sondern bewirkt, daß man nicht mehr darüber spricht“ (Mann, 1999, S. 105). Im Sinne Rogers, der davon überzeugt ist, „daß die zarte Blume der Theorie auf dem festen Boden der Erfahrung erwächst“ (Rogers, 1951/2002, S. 32), betrachte ich die Ergebnisse und Erkenntnisse meiner Arbeit als wertvoll für die Klientenzentrierte Psychotherapientheorie und Praxis, und ich schlage vor, die Unsicherheit im Feld der erotischen Gefühle aufzugreifen und ihr zu begegnen. Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung zwischen zwei Menschen, in der alle Empfindungen, alle Gefühle, die Menschen füreinander entwickeln und hegen, auftauchen können – auf beiden Seiten. Die Personzentrierte Psychotherapie legt das Hauptaugenmerk auf das Erleben der Klientinnen, zu dessen gemeinsamer Erforschung das Erleben der Therapeutinnen wesentlich beiträgt, sei es kommuniziert oder für sich behalten. Weil kongruentes Erleben als Mittel und Ziel des therapeutischen Prozesses besonders wichtig ist, muss konsequenterweise auch erotisches Erleben als Ausdruck menschlichen Seins und In-Beziehung-Seins zugelassen und beachtet werden. Erotische Gefühle dürfen weder verleugnet noch missbräuchlich umgesetzt werden, sondern es gilt, sie

zu reflektieren und zu erforschen, denn sie sagen uns etwas über uns selbst, und sie sagen uns etwas über unser Gegenüber. Und sie sind Bestandteil eines zwischenmenschlichen Geschehens, das einen Raum eröffnet, in dem Wachstum und Kreativität und damit Veränderung möglich werden. In diesem Sinne ist der offene Zugang zu ihnen Voraussetzung für die Gegenwärtigkeit in der therapeutischen Beziehung. Wo, wenn nicht in der Ausbildung zur Personzentrierten Psychotherapie kann dem eigenen Erleben inklusive erotischer Gefühle Raum gegeben werden?

Literatur

- Andreas-Salomé, L. (1979). *Die Erotik*. Frankfurt/M.: Ullstein.
- Aigner, J. Ch. (2013). *Vorsicht Sexualität! Sexualität in Psychotherapie, Beratung und Pädagogik – eine integrative Perspektive*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (4. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Frenzel, P., Schmid, P.F. & Winkler, Marietta. (Hrsg.). (1992). *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. Köln: Andreas Kohlhaage.
- Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F. & Stölzl, N. (Hrsg.) (2001). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas.
- Freud, S. (1913/1999). *Totem und Tabu*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Gendlin, E.T. (1968). The experiential response. In E. Hammer (Ed.), *Use of interpretation in treatment*, pp. 208–227. New York: Grune & Stratton. http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2156.html
- Gendlin, E.T. & Wiltschko, J. (2004). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag* (2. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Hofstadler, B. & Fallend, K. (2004). *Zur Methodik qualitativer Sozialforschung, Eine Einführung in Erhebung und Auswertung*. Linz: ÖH Eigenverlag.
- Keil, W.W. (2001). Klientenzentrierte Therapientheorie. In P. Frenzel, W.W. Keil, P.F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 119–146). Wien: Facultas.
- Keil, W.W. (2003). Abwehr. In G. Stumm, J. Wiltschko & W.W. Keil (Hrsg.). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 15–16). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Keys, S. (2009). *Love in Person-Centered Psychotherapy*. Vortrag gehalten am 8. 5. 2009 im Rahmen der IPS Tagung Person und Dialog. Kontinuität und Veränderung im Personzentrierten Ansatz. Wien.
- Kiener, F. (1986). Interaktionsvariablen der Therapeut-Klient-Beziehung. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. (4. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Korn, G. & Neumayer, J. (1991). *Persönlichkeitsschutz im Zivil- und Wettbewerbsrecht*. Wien: Medien & Recht.
- Lamnek, S. (2005). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis* (2. Auflage). Weinheim: Beltz.

- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Letzel, M. (2003a) Sexualität. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 285–287). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Letzel, M. (2003b) Sexuelle Störungen. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 287–290). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Lietaer, G. (1992). Die Authentizität des Therapeuten. In R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 92–116). Wien: WUV Universitätsverlag.
- Lietaer, G. (2001) Being Genuine as a Therapist: Congruence and Transparency. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Volume 1: Congruence*. (S. 36–54). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Mann, D. (1999). *Psychotherapie: Eine erotische Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nadig, M. (1992). Der ethnologische Weg zur Erkenntnis. Das weibliche Subjekt in der feministischen Wissenschaft. In G.-A. Knapp & A. Weterer (Hrsg.), *Traditionen Brüche. Entwicklungen feministischer Theorie* (S. 151–200). Freiburg i. Br.: Kore.
- Pechriggl, A. (2009). *Eros*. Wien: Facultas.
- Proctor, G. (2004). What Can Person-Centered Therapy Learn From Feminism? In G. Proctor & M. B. Napier (Eds.), *encountering feminism. intersections between feminism and the person-centred approach* (129–140). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rogers, C. R. (1951/2002). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy*. (15. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1959/2002). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (Nachdruck der 3. Auflage). Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1961/2000). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (13. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1962/2004). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (18. Auflage). (S. 211–231). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1973/1986). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (4. Auflage). (S. 11–24). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1975/2004). Klientenzentrierte Psychotherapie. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (18. Auflage). (S. 17–61). Frankfurt/M.: Fischer.
- Schmid, P. F. (2002). Neue Manns-Bilder? Personzentrierte Herausforderungen zu einem Dialog der Geschlechter. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation, Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 79–91). Köln: GwG-Verlag.
- Schreder, G. (2011). Ich bin die Andere – Die Bedeutung der Differenz in der Erfahrung psychotherapeutischer Gegenseitigkeit. *PERSON*, 1, 17–24.
- Sommer, K. & Sauer, J. (2001). Indikation und Diagnostik in der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 190–225). Wien: Facultas.
- Teichmann-Wirth, B. (1992). Man darf das nicht vor keuschen Ohren nennen, was keusche Herzen nicht entbehren können. Personzentrierte Therapie: Jenseits der Sexualität? In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 293–302). Köln: GWG-Verlag.
- Wiltschko, J. (2003a). Beziehung (im Focusing und in der Focusing-Therapie). In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 54–56). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Wiltschko, J. (2003b). Resonanz. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 270–272). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Zach, B. (2013). *Goldmine und Minenfeld. Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im psychotherapeutischen Prozess*. Masterthesis Donau-Universität Krems.