

Cootherapie – Anregungen aus gestalttherapeutischer Perspektive¹

von Ulrich Lessin

”So ist’s ja besser zwei als eins, denn sie genießen doch ihrer Arbeit wohl. Fällt ihrer einer, so hilft sein Gesell ihm auf. Weh dem, der allein ist, wenn er fällt; so ist kein anderer da, der ihm aufhelfe”. (Prediger 4, 9f) Oder weniger poetisch:

"Doppelt genäht hält besser."

Oder als Formel: $1+1>2$

1. Einleitung

Seit den Anfängen der Psychoanalyse taucht Co-Therapie - wenn auch oft unter anderem Namen - in der **Geschichte der Psychotherapie**² immer wieder auf. Der Auftakt erscheint eher zufällig: „An diesem Nachmittage besuchten mich Vater und Sohn in meiner ärztlichen Ordination“ (Freud S. 276), schreibt Sigmund Freud in seinen Aufzeichnungen über die „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“ (Freud S. 243ff), die für ihn eine Fundgrube an Belegen für den kindlichen Sexualtrieb war. Bei dieser Behandlung arbeitete Freud mit dem Vater, dem eigentlichen Behandler des ‘Kleinen Hans’ eng zusammen (vgl. Freud S. 243ff), indem er die Behandlung leitete, Therapieberichte des Vaters entgegennahm, Vorschläge machte, Verabredungen traf und den Interventionsstil des Kollegen kritisierte. An diesem denkwürdigen Nachmittag aber ging er offensichtlich aus der Rolle der grauen Eminenz im Hintergrund heraus, führten er und der Vater das Gespräch mit dem Jungen co-therapeutisch zu zweit und der ‘Herr Professor’ ließ sich dabei sogar von dem Vater unterbrechen. (Freud S. 277)³ In der Folgezeit finden sich Belege für die systematischere Anwendung der Co-Therapie z.B. in den zwanziger Jahren bei Alfred Adler in seiner Erziehungsberatungsstelle und bei Paul Federn im Klinik-Kontext⁴, aus dem heraus schon 1940 die Krankenschwester Gertrud Schwing in ihren Aufzeichnungen über die Arbeit mit psychotischen PatientInnen schreibt: Es „erwies sich die Aufteilung der Behandlung auf zwei Personen (weibliche Helferin und männlicher Analytiker) als sehr günstig. Verschiedene Probleme waren dadurch positiv gelöst. Das ‚Erleben der Mutter‘ hatte die Kranke zugänglich und übertragungsfähig gemacht. Die Einbeziehung des männlichen Analytikers vervollständigte die infantile Situation. Die so entstandene doppelte Beziehung brachte drei Vorteile. Sie verhütete erstens die schweren Rückfälle durch vorübergehende Abwesenheit des einen Objektes...; zweitens erleichterte sie die Wiederbelebung und Lösung der kindlichen Konflikte; drittens entlastete sie durch die Befriedigung, die das mütterliche Objekt gewährte, die Beziehung zum Analytiker.“ (Schwing S. 117f) Daß sich dennoch Co-Therapie zunächst nur sehr zögerlich ausbreitete und ihre Wirkungen lange nicht systematisch untersucht wurden, hängt wohl auch mit der psychoanalytischen Deutung zusammen, daß Co-Therapie das Ergebnis eines Abwehrmechanismus sei, nämlich „die Rationalisierung der Angst, die alleinige volle Verantwortung... übernehmen zu müssen“ (Heising S.

¹ Dieser Artikel ist die überarbeitete Fassung meines Aufsatzes: „Co-Therapie – Anregungen für ein kooperatives Abenteuer“, in: Gestalt-Institut-Frankfurt a.M. (Hrsg.): GESTALTZEITUNG 1998 S. 19ff

² Ein paar allerdings spärliche Einzelheiten zur Geschichte der Co-Therapie finden sich bei Roller/Nelson S.16f und bei Rosenbaum S. 250f.

³ Die Einbeziehung von Eltern als Co-TherapeutInnen in der Psychotherapie von Kindern als sogenannte „Filialtherapie“ wird z.B. von Goetze/Jaede S. 2446 beschrieben.

⁴ Interessant ist, daß sich Federn in diesem Zusammenhang gegen den damals gängigen Ausschluß von Nicht-Ärzten von der psychoanalytischen Ausbildung ausgesprochen hat. (vgl Kauss S. 31)

11). Wobei man natürlich auch die strikte Ablehnung des co-therapeutischen Settings als Abwehr begreifen kann: „Unschwer läßt sich darin die Tendenz nachweisen, die eigene Omnipotenz ungeteilt zu bewahren, oder auch die Angst vor dem Kollegen als potentiellen Rivalen und Gegner.“ (Heising S. 11) Erst mit der Entwicklung der Familientherapie in den letzten Jahrzehnten ist dann Co-Therapie in den verschiedensten Spielarten fester Bestandteil des Psychotherapie-Settings geworden,⁵ und zwar insbesondere im Rahmen von Psychotherapie-Fortbildung.

Auch in die **Gestalt-Therapie** als traditioneller ‚Eins-zu-eins-Therapie‘ hat sich Co-Therapie nach und nach eingeschlichen. Zwar schreiben S. und A. Ginger über Fritz Perls, daß er „dort wo er ist, der einzige, unumstrittene und konkurrenzlose Meister sein“ (Ginger/Ginger S. 60) wolle; aber selbst von ihm, der inzwischen schon zur Metapher geworden ist für den *allein* brillierenden Direktor in seinen „Zirkussen“, wie er selbst seine Workshops genannt hat, selbst von ihm ist überliefert, daß auch er immer wieder über seinen Schatten gesprungen ist und sich die Workshop-Leitung mal mit dieser, mal mit jener KollegIn geteilt hat.⁶ Besonders bedeutsam ist in dieser Hinsicht offensichtlich die Kooperation mit seinem Schüler, Freund und Kollegen James S. Simkin gewesen: „Fritz Perls und Jim Simkin haben in Esalen meistens co-therapeutisch gearbeitet, wenn Fritz dort war... Bei Ausbildungsgruppen in Esalen, die jemand anders leitete, waren Jim Simkin und Fritz immer beide dabei. Und sie unterbrachen, mischten mit, waren unangenehm oder hilfreich, je nachdem. Das war wie drei Therapeuten gleichzeitig“ (Roller/Nelson S. 232). Wenn auch offenbleibt, ob dabei auch inhaltliche Erwägungen oder vor allem die Lust am Baden im gemeinsamen Furioso den Ausschlag gegeben haben, so mag die Tatsache allein, daß der ausgeprägte Individualist F. Perls offensichtlich erfolgreich mit dem co-therapeutischen Setting experimentiert hat, Ermutigung sein auch für notorische Einzelkämpfer.

Die co-therapeutische Leitung von Gruppen ist auch am **Gestalt-Institut Frankfurt a.M.** von Anfang an wesentlicher Teil der Gestalt-Fortbildung. So werden z.B. die regelmäßig angebotenen Offenen Wochenenden von fortgeschrittenen FortbildungsteilnehmerInnen in live-supervidierter Co-Therapie geleitet. Das hat natürlich zum einen den praktischen Grund, daß wir unseren FortbildungsteilnehmerInnen auf diese Weise eine größere Zahl von Praktikumsplätzen zur Verfügung stellen können. Zugleich haben uns aber auch inhaltliche Überlegungen und Erfahrungen dazu veranlaßt, wie sie I. D. Yalom 1974 in seinem Handbuch der Gruppenpsychotherapie zusammenfassend beschrieben hat: „Aus meiner Beobachtung von über 30 Ko-Therapiegruppen, die jeweils von zwei Anfänger-Therapeuten geleitet wurden, schließe ich, daß diese Therapieform für den noch unerfahrenen Therapeuten besondere Vorteile hat. Erstens vermindert die Gegenwart eines Ko-Therapeuten die anfängliche Angst und ermöglicht dem Therapeuten größeren Gleichmut und größere Objektivität in seinen Bemühungen, die Sitzung zu verstehen. In der Besprechung nach der Sitzung können die Ko-Therapeuten einander wertvolle Hinweise in bezug auf ihr jeweiliges Verhalten geben. Bis der Therapeut genug Erfahrung gesammelt hat, um sich über seine Selbstdarstellung in der Gruppe einigermaßen klar zu sein, sind diese Reaktionen des Ko-Therapeuten wesentlich, um ihm die Unterscheidung zu ermöglichen, was real ist und was Übertragungsverzerrungen in der Wahrnehmung der Patienten von ihm sind... Eine der unangenehmeren und schwierigeren Aufgaben für den beginnenden Gruppentherapeuten besteht darin, einen auf ihn gerichteten Angriff zu überstehen und der Gruppe zu helfen, ihn konstruktiv zu nützen... Hier kann sich ein Ko-Therapeut als sehr wertvoll erweisen; er kann den Gruppenmitgliedern helfen, ihre Wut durchzuarbeiten, und zugleich eine weitere Exploration aller Gefühle gegenüber dem

⁵ vgl. auch die hypnotherapeutischen Doppelinduktionen bei Klippstein S. 176ff. Anregend sind in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen T. Mosers, der die ausgehend „von der selbstverständlichen Praxis in psychotherapeutischen Kliniken“ die Chancen einer „ambulanten kooperativen Therapie“ (S.9ff) gerade für schwierige Patienten beschreibt.

⁶ R. L. Goulding berichtet: „Fritz hatte viele Co-Therapeuten.“ (Roller/Nelson S. 232)

Therapeuten fördern.” (Yalom S. 350f) Die Skepsis gegenüber dem Co-Therapie-Setting für den Ausbildungskontext, wie sie Rosenbaum demgegenüber zeigt, kann ich⁷ nach meinen Erfahrungen nicht teilen, zumal in dem geschützten Rahmen der Fortbildungsgruppe zumindest an unserem Institut jeweils eine Live-Supervisorin dabei ist, so daß ‚Fehler‘ zugleich Lernchance sind.

Wenn also, wie gesagt, Co-Therapie in den verschiedensten Spielarten inzwischen fester Bestandteil des Psychotherapie-Settings geworden ist, so ist es um so erstaunlicher, daß in der neueren therapeutischen Literatur und auch in Fortbildungskontexten dieses Thema nur sehr stiefmütterlich behandelt wird.⁸ Es scheint so zu sein, als gäbe es unter PsychotherapeutInnen eine stillschweigende Maxime über Co-Therapie, die analog ist zu der in unserer Gesellschaft vorherrschenden Einstellung gegenüber der Elternrolle⁹: Co-Therapie muß nicht geübt, muß nicht gelernt werden. Entweder man hat’s oder man hat’s nicht. Es reicht aus, wenn die Fertigkeit dazu im Alltag erworben wird und in der Regel geht’s ja auch einigermaßen gut, irgendwie.

Gegen diese weit verbreitete Maxime wendet sich dieser Aufsatz. Statt dessen gehe ich davon aus, daß es sinnvoll und notwendig ist, der Frage, wie Co-Therapie zu lernen und zu lehren ist, mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden, vielleicht sogar eine **Didaktik der Co-Therapie** zu entwickeln.

2. Definition

Hintergrund und Anregung für meine Gedanken zu diesem Thema sind meine eigenen Erfahrungen mit Co-Therapie: die co-therapeutische Arbeit mit Familien und insbesondere mit Paaren, die co-therapeutische Leitung von Gestaltgruppen, im letzten Jahrzehnt vor allem von Gestalt-Fortbildungsgruppen, die zumindest im ersten Fortbildungsjahr Therapiegruppen vergleichbar sind, und last not least die zu unserer Fortbildung gehörende kontinuierliche Live-Supervision von FortbildungsteilnehmerInnen, die Gruppen co-therapeutisch leiten. Diesem praktischen Hintergrund entsprechend soll hier der Begriff der Co-Therapie insofern eng gefaßt werden, als er sich auf die therapeutische Kooperation von *zwei* TherapeutInnen beziehen soll und andere sicherlich interessante Modelle, die allesamt aus der Familientherapie stammen,¹⁰ unberücksichtigt bleiben sollen. Weit gefaßt soll der Co-Therapie-Begriff von diesem Hintergrund aus insofern werden, als er prinzipiell sowohl die Kooperation von Therapeuten-Lernenden miteinander¹¹, die therapeutische Zusammenarbeit von Lernenden und Lehrenden¹² als auch die Co-Leitung von Fortbildungsgruppen¹³ mit einbezieht. Mit diesen Modifikationen kann ich dann die Definition von Roller/Nelson übernehmen: “Co-Therapie ist eine spezielle Praxis der Psychotherapie, bei der zwei... Therapeuten gleichzeitig und am selben Ort einen Patienten in Einzeltherapie oder mehrere in Gruppen-, Familien- oder Paartherapie behandeln.” (Roller/Nelson S.21)

⁷ wie Kroner S. 397

⁸ Eine Ausnahme im deutschen Sprachraum bieten lediglich das Buch von Roller/Nelson, aus den 70er Jahren die Abhandlungen von Heising und Rosenbaum und neuerdings der Aufsatz von Kroner, die Co-therapie aus der Perspektive der Integrativen Therapie beschreibt. Selbst in dem soeben erschienenen „Handbuch der Gestalttherapie“ mit seiner „umfassenden und gebündelten Darstellung der Gestalttherapie“ (S. 1) sucht die interessierte LeserIn den Begriff „Co-Therapie“ vergeblich im ausführlichen Sachregister, geschweige denn, daß diesem Thema ein eigenständiger Artikel gewidmet wäre.

⁹ Weitergehende Analogien zwischen Co-Therapie und Elternschaft werden von Roller/Nelson S. 32ff ausgeführt; vgl. auch V. Satirs Ausführungen bei Roller/Nelson S. 247ff

¹⁰ vgl. z. B. die sehr anregenden Ausführungen von G. Lenz u.a.

¹¹ Roller/Nelson reden hier von ‘Co-Learning’(S. 50ff).

¹² Roller/Nelson sprechen hier von einem ‘Nequipo-Team’ (S. 50ff).

¹³ was analog zu Roller/Nelson’s Definition dann ‘Co-teaching’ heißen müßte.

3. Chancen

Die von Yalom für Anfänger-TherapeutInnen beschriebenen Vorzüge des co-therapeutischen Settings haben natürlich auch darüber hinaus Gültigkeit: Ein eingespieltes co-therapeutisches Team hat gegenüber der allein arbeitenden TherapeutIn ausgeweitete Möglichkeiten auf verschiedenen Ebenen (vgl. Roller/Nelson S. 25ff):¹⁴

Die „stereoskopische Sicht“ (Roller/Nelson S. 29) der Co-TherapeutInnen ermöglicht eine **erweiterte Perspektive** von KlientInnen und KlientInnen-Systemen: Man sagt: „Vier Augen sehen mehr als zwei,“ und natürlich auch anderes; die individuellen Erfahrungs- und Bewertungswelten der TherapeutInnen können auf diese Weise ergänzt, eingefahrene Sichtweisen korrigiert, Einseitigkeiten ausgeglichen und Diagnosen erweitert und verfeinert werden. Das ist gerade für die Gestalt-Therapie ein besonderer Vorteil; denn für den Gestalt-Ansatz ist es grundlegend, daß auch die TherapeutIn-KlientIn-Beziehung eine Wechselbeziehung ist, daß sich also das, was TherapeutInnen „als richtig oder falsch, passend oder störend, normal oder neurotisch bezeichnen, aus der Dynamik der Wechselbeziehung ergibt“ (Fuhr/Gremmler-Fuhr S. 34), die „diagnostische Aussage eines Therapeuten über einen Klienten beispielsweise... ebensoviel über den Therapeuten wie über den Klienten“ (Fuhr/Gremmler-Fuhr S. 30) aussagt. Auf diesem Hintergrund ist die Beteiligung einer Co-TherapeutIn nützliche Ergänzung und sinnvolles Regulativ von sonst unvermeidbaren therapeutischen Einseitigkeiten und diese Erweiterung der Perspektive ist eine offensichtliche Bereicherung gestalttherapeutischer Arbeit.

Das gilt ebenso für den **innertherapeutischen Dialog**, der naturgemäß bei zwei TherapeutInnen mehr Möglichkeiten birgt, als wenn eine einzelne mit sich selbst zu Rate geht. Durch den Austausch von Perspektiven und Theorien werden fixierte Standpunkte beider TherapeutInnen immer wieder von außen angeregt, bestätigt oder relativiert, kommt mehr Bewegung ins Spiel, werden neue Sichtweisen ermöglicht. Darüber hinaus liegt es auf der Hand, daß die gegenseitige Anerkennung und Kritik, die die beiden TherapeutInnen miteinander vor, während und nach den therapeutischen Sitzungen austauschen, dem therapeutischen Prozeß wichtige Impulse verleihen kann.

Das ermöglicht ein **verbreitertes Rollenverhalten** der TherapeutInnen während der Sitzungen: Wie in einer gut zusammenspielenden Fußballmannschaft können die Co-TherapeutInnen einander die therapeutischen Bälle zuspielen, je nach Erfordernis der Situation das therapeutische Spiel verlangsamen oder beschleunigen und auch die Positionen wechseln und sich in komplementären Verhaltensweisen ergänzen: Dann kann die eine z.B. spielerisch sein und die andere ernst, die eine eher streng, die andere eher nachgiebig, die eine konfrontierend und aufdeckend, die andere eher stützend, oder die eine kann „das Realitätsprinzip... verkörpern und es dem Patienten dadurch... gestatten, im Umgang mit dem anderen Therapeuten seinen Phantasien freien Lauf zu lassen.“ (Heising S. 35)

Aus der Sicht der KlientInnen ergibt sich daraus ein **erweitertes Beziehungsangebot** durch die Anwesenheit zweier TherapeutInnen und damit mehr und andere Möglichkeiten der Identifikation, Auseinandersetzung und Übertragung¹⁵:

Die Möglichkeiten, sich mit der TherapeutIn und dessen Verhalten zu *identifizieren* und sie als Modell für das eigene Verhalten zu nutzen, sind naturgemäß bei zwei TherapeutInnen größer als bei einem, eine Mann-Frau-Konstellation kommt so z.B. dem Bedürfnis nach

¹⁴ Steel a.a.O. besetzt den anderen Pol, indem er sich über die Vorteile der allein arbeitenden TherapeutIn ausläßt.

¹⁵ Das psychoanalytische Konzept der Übertragung erscheint mir auch für gestalttherapeutische Kontexte nützlich. (vgl. Staemmler S. 120ff)

gleichgeschlechtlicher Identifikation entgegen. Darüber hinaus kann die Art und Weise, wie die beiden TherapeutInnen miteinander agieren, den KlientInnen für ihre eigenen Beziehungen neue Perspektiven eröffnen. Selbst eine offene Auseinandersetzung zwischen den TherapeutInnen kann auf diesem Hintergrund für die KlientInnen nicht verunsichernd, sondern hilfreich und nützlich sein, wenn sie das Konfliktverhalten der TherapeutInnen als Unterstützung für die eigene Selbstachtung und eigenen Auseinandersetzungen erfahren.

Gerade wenn die beiden TherapeutInnen es verstehen, das fruchtbare Miteinander unterschiedlicher Polaritäten in ihrem Verhalten zu repräsentieren, kann das dazu führen, daß auch die Art und Weise, wie KlientInnen *Auseinandersetzungen* führen können, erheblich bereichert wird: Sowohl Konflikte zwischen den KlientInnen z.B. in einer Paar- oder auch einer Gruppentherapie können so produktiver ausgetragen als auch Auseinandersetzungen zwischen KlientInnen und einem der TherapeutInnen leichter und fruchtbarer geführt werden; denn KlientInnen können, wenn sie denn Konflikte riskieren, sich der Unterstützung zumindest einer TherapeutIn sicher sein.

Schließlich beinhaltet Co-Therapie breitere *Übertragungsmöglichkeiten* für die KlientInnen, wo sie z.B. leichter unerledigte Geschäfte mit beiden Elternteilen wiederbeleben und bearbeiten können. Die KlientInnen müssen sich nicht der Macht der einen TherapeutIn ausgeliefert fühlen, sondern können vor der Strenge der einen Zuflucht suchen bei der anderen. Und wenn die Situation es erfordert, können dann eine oder beide TherapeutInnen zeitweise Elternrollen übernehmen, können Defizite ‚nachnähren‘ (vgl. Roller/Nelson S.158ff) und KlientInnen dabei unterstützen, überholte Muster durch neue Erfahrungen zu verändern und verschüttete Ressourcen wiederzubeleben. Mag sein, daß in diesem Zusammenhang durch andersgeschlechtliche TherapeutInnen die geschlechtsspezifischen Übertragungsbeziehungen von KlientInnen begünstigt werden, sie sich z.B. mit der gleichgeschlechtlichen TherapeutIn identifizieren und sich mit der andersgeschlechtlichen auseinandersetzen können; abhängig sind allerdings m.E. solche Erfahrungen zumindest in der Arbeit mit Gruppen und Familien (vgl. Napier/Whitaker S. 104f) nicht von dieser Geschlechterkonstellation; denn es geht dabei ‚weniger um sinnlich wahrnehmbare Aspekte der Ähnlichkeit mit der Elternfigur aus der Individualbiographie der Gruppenmitglieder..., als vielmehr um ein klares Rollenangebot‘ (Zenz u.a. S. 31).

4. Prüfsteine

Natürlich gibt es Glücksfälle: Dann fallen diese Möglichkeiten des co-therapeutischen Settings wie vom Himmel und den TherapeutInnen einfach in den Schoß. In der Regel ist es jedoch so, daß es notwendig ist, Zeit und Energie in die Förderung der Zusammenarbeit zu investieren. Der Psychoanalytiker M. Rosenbaum kommt sogar zu folgendem Urteil: ‚Im Gegensatz zur allgemeinen Ansicht ist die Co-Therapie keine leichte Technik. Sie erfordert eine beträchtliche Reife... und sie sollte vorsichtig und mit erfahrenen Therapeuten angewandt werden.‘ (Rosenbaum S. 525) Auf jeden Fall ist die Durchführung von Co-Therapie, wenn sie sinnvoll und fruchtbar sein soll, mit der Bereitschaft zu einem intensiven gemeinsamen Lernprozeß verbunden. Das Gelingen oder Mißlingen des co-therapeutischen Prozesses hängt dabei entscheidend von einigen Faktoren ab, von denen ich die m.E. wichtigsten hier kurz skizzieren will. Zugleich will ich einige Anregungen dafür geben, was Co-TherapeutInnen in den jeweiligen Zusammenhängen tun können, um ihre Kooperationsfähigkeit zur Geltung zu bringen und weiter zu entwickeln, indem ich aus der Fülle hilfreicher Übungen für Co-TherapeutInnen einige wenige exemplarisch vorstelle.

4.1. Auswahl

Entscheidende Weichen für die Co-Therapie werden bereits vor der ersten Zusammenarbeit gestellt, wenn es darum geht, eine geeignete PartnerIn dafür zu finden. Oft sind die Entscheidungsspielräume dafür zwar begrenzt und in „institutionellen Umgebungen werden Co-Therapeuten nur selten mit großer Sorgfalt ausgewählt.“ (Rosenbaum S. 256), wenn z.B. in Kliniken durch die organisatorischen Bedingungen die PartnerInnen-Zuordnung schon quasi vorgegeben wird. Oft aber bestehen auch Möglichkeiten der Einflußnahme und (Mit-)Entscheidung. Vieles spricht in diesem Zusammenhang für die Annahme Heising, „daß sich bei freier Wahl des Kotherapeuten unbewußte Tendenzen durchsetzen, die durch die Etablierung einer bestimmten Rollenverteilung die Absicherung der eigenen Identität zum Ziel haben.“ (Heising S. 54) Daß dies durchaus unterschiedliche Konsequenzen für die co-therapeutische Partnerwahl haben kann, zeigt eine von Heising 1976 durchgeführte Befragung von Co-TherapeutInnen, in der diese nach den Persönlichkeitsdimensionen des Gießen-Tests eine Selbsteinschätzung vornehmen und ihre WunschpartnerIn für Co-Therapie charakterisieren. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen z.B., daß männliche Therapeuten bei ihrer Wahl eher „eine Rollenverteilung in Sinne eines patriarchalischen Familienmusters“ (Heising S. 58) anstreben, während der Wunsch der Frauen „vielmehr auf eine eindeutig egalitäre und äqualitäre Rollenverteilung“ (Heising S. 58) zielt; während also männliche Therapeuten, die sich selber für dominant und eigensinnig halten, sich eher Partnerinnen wünschen, die bereit sind, sich unterzuordnen und zurückzuhalten, soll der Wunschpartner bei Frauen „um so beliebter, dominanter, unterkontrollierter, offener und sozial potenter sein, je mehr die Frau sich selbst diese Eigenschaften zuschreibt.“ (Heising S. 56)

Übung 1:

*Die zwei Co-Therapie-PartnerInnen setzen sich gegenüber und nehmen Blickkontakt auf. **Im ersten Teil** der Übung hat jede 5 Minuten Zeit, darüber zu sprechen, was sie bewogen hat, die andere als Co-Therapie-PartnerIn zu wählen. Die PartnerIn hört dabei aufmerksam zu, ohne die andere zu unterbrechen, bis sie dann selber an der Reihe ist. Im zweiten und dritten Teil wiederholt sich der gleiche Ablauf. Inhaltlich geht es **im zweiten Teil** darum, Aussagen darüber zu machen, was die PartnerInnen sich für die gemeinsame Arbeit von der anderen wünschen, und **im dritten Teil** darum, was jede in die co-therapeutische Beziehung einzubringen bereit und fähig ist.*

Obwohl es auch hier warnende Stimmen gibt (vgl. Heising S. 28), ist das Wichtigste bei der Entscheidung für eine Co-Therapie-PartnerIn wahrscheinlich wechselseitige **Sympathie**, also die Freude am Zusammensein und am gemeinsamen Bewältigen von wichtigen und schwierigen therapeutischen Herausforderungen: „Die zwei Personen, die eine Kotherapie-Beziehung eingehen, sollten einander mögen. Sie sollten einander echte Wärme und Zuneigung entgegenbringen und auch Spaß zusammen haben können. Das bedeutet nicht, daß jeder Kollege, den ich mag, ein potentieller Kotherapeut ist. Es bedeutet vielmehr, daß jeder Kollege, den man nicht mag, als Kotherapie-Partner nicht in Frage kommt.“ (Heising S. 29) „Die Freude an Co-Therapie steigert sich erheblich, wenn die Therapeuten einander mögen“ (Roller/Nelson S. 104), dann macht „Co-Therapie... mehr Spaß und ist weniger ermüdend, als allein zu arbeiten“ (Roller/Nelson S. 242) und die Effektivität der Arbeit erhöht sich höchstwahrscheinlich auch. Wenn Co-TherapeutInnen auch privat durch Freundschaft oder Partnerschaft miteinander verbunden sind, kann sich das sowohl positiv als auch negativ auf die Therapie auswirken: positiv z.B. dadurch, daß die vertraute Verbindung der beiden die Offenheit der Kommunikation fördern kann; negativ z.B. dann, wenn private Konflikte in die Therapiesituation hinein spielen oder wenn die Verbindung zur fixierten Koalition wird, die die therapeutische Neutralität und die Möglichkeiten zu komplementärem Handeln in Frage stellt. (vgl. auch Heising S. 66) Auf jeden Fall hat die „Freundschaft zwischen Therapeuten... eine Auswirkung... und die Therapeuten sollten sich dieses Zustandes bewußt sein.“ (Rosenbaum S. 258)

Wenn Sympathie also sicherlich das co-therapeutische Zusammenspiel erleichtert, so ist sie doch keine unbedingte Voraussetzung für das Gelingen des therapeutischen Prozesses. Im Klinikalltag kann es z.B. sinnvoll sein, um Spaltungsprozessen innerhalb des Personals vorzubeugen, daß TherapeutInnen auch dann miteinander co-therapeutisch arbeiten, wenn sie einander nicht unbedingt sympathisch sind.

Unbedingt notwendig erscheint mir aber auch bei einer solchen eher pragmatisch bedingten Zusammenstellung von Co-TherapeutInnen der gegenseitige **Respekt** zu sein, d.h. die Bereitschaft, den anderen und seine Arbeitsweise kennen und wertzuschätzen zu lernen, und als Ergänzung der eigenen Person und des eigenen Arbeitsstils achten zu können. Wenn dies nicht so ist, ist die Co-Therapie mit ziemlicher Sicherheit zum Scheitern verurteilt.

Sympathie und Respekt füreinander sind deshalb so eminent wichtig für Co-TherapeutInnen, weil nur so ihr therapeutisches Handeln nicht zum Nebeneinander oder gar Gegeneinander verkommen muß, was sich sicherlich ungünstig auf den therapeutischen Prozeß auswirkt, sondern bei allen möglichen Unterschiedlichkeiten ein vertrauensvolles Miteinander sein kann.

Übung 2:

Die beiden PartnerInnen machen einen "Vertrauensspaziergang" (z.B. jeweils ½ Stunde), d.h. die eine hat die Augen verbunden und die andere führt sie; beide PartnerInnen reden während des Spaziergangs nicht miteinander. Danach tauschen sie sich über ihre Erfahrungen aus und gehen im Hinblick auf die gemeinsame Arbeit folgenden Fragen nach: Woran erkenne ich bei mir selber, daß ich jemanden mißtraue oder vertraue? Welche Verhaltensweisen der anderen tragen für mich dazu bei, mein Vertrauen zu schwächen oder zu stärken? Woran kann eine andere merken, daß ich ihm vertraue? Woran merke ich, daß mir jemand vertraut?

4.2. Umgang mit Unterschieden

Anders als in einer Liebesbeziehung, die zumindest in der Anfangsphase der Verliebtheit vom gemeinsamen Schwelgen in Gemeinsamkeiten und vom Verherrlichen oder Verheimlichen von Unterschieden lebt, ist es in der co-therapeutischen Beziehung von Anfang an wichtig, daß die Partner sich sowohl der Gemeinsamkeiten als auch der Unterschiede bewußt sind und Vorstellungen darüber entwickeln, wie sie im therapeutischen Prozeß damit umgehen wollen. Kroner verweist in diesem Zusammenhang auf die philosophische Grundthese Lévinas': „Die Infragestellung des Selbst ist nichts anderes als Empfangen des absolut Anderen.“ (Kroner S. 382) Zwei Ebenen sind bei diesem Versuch von Bedeutung, „im Wissen um diese radikale Differenz zwischen Menschen... sich selbst und die Andere immer wieder neu zu erfassen“ (Kroner S. 382): und zwar zum einen die grundsätzliche Ebene, wo es um die theoretischen Ansätze und therapeutischen Grundhaltungen und Werte, und zum andern die pragmatische, wo es um den persönlichen Arbeitsstil und den Erfahrungshintergrund der beiden PartnerInnen geht. Mag es für eine sporadische Zusammenarbeit noch angehen, sich in der Vorbereitung nur auf der zweiten, der pragmatischen Ebene zu bewegen (Was wollen wir tun, wenn...), ist es für einen längerfristig konzipierten co-therapeutischen Prozeß unabdingbar, daß die PartnerInnen sich Zeit für den intensiven Austausch auf *beiden* Ebenen nehmen.

Uneinigkeit **auf der grundsätzlichen Ebene** hat erhebliche Konsequenzen nicht nur für die Co-TherapeutInnen¹⁶, sondern auch für die KlientInnen. Diese müssen, zumal wenn die Unterschiede nicht veröffentlicht sind, diese quasi erspüren und werden in eine Doublebind-Situation mit den bekannten Folgen hineinmanövriert: Im besten Fall gelingt es ihnen, die sie

¹⁶ „Eine Untersuchung an 42 Ko-Therapie-Teams brachte ans Licht, daß die häufigste Quelle der Unzufriedenheit mit der Ko-Therapie unterschiedliche theoretische Ausrichtungen waren.“ (I. D. Yalom zit. nach Kroner S. 395)

verwirrenden Botschaften nicht auf sich zu beziehen und einen Keil zwischen die TherapeutInnen zu treiben, was diese dann häufig in die Supervision und damit vielleicht zur Beschäftigung mit den vermiedenen Grundsatzfragen treibt.

Übung 3:

Im ersten Teil erstellen beide PartnerInnen eine Rangordnung der Wertvorstellungen, die ihnen für ihre therapeutische Arbeit besonders wichtig sind. Um diese Liste zu erstellen, befragen sich beide PartnerInnen nacheinander gegenseitig nach den Werten, die ihre therapeutische Arbeit bestimmen, und zwar so, daß ihre Fragen die andere bei ihrem Prozeß der Findung und Hierarchisierung ihrer therapeutischen Werte unterstützen. Im zweiten Teil tauschen sich beide PartnerInnen dann über die Bedeutungen aus, die ihre wichtigsten Werte für sie haben und gehen im dritten Teil den Fragen nach, welche ihrer Wertvorstellungen sich ergänzen, welche nebeneinander bestehen können und welche sich möglicherweise gegenseitig ausschließen, und inwieweit sie insgesamt miteinander kompatibel sind oder nicht.

Wenn auch sicher die Art und Weise, wie die beiden PartnerInnen mit ihren Unterschieden umgehen, einen erheblichen Unterschied machen, so kann man doch wohl sagen, daß insgesamt große Differenzen in Grundsatzfragen „eine co-therapeutische Beziehung nicht von vornherein ausschließen,“ jedoch „die Entwicklungsmöglichkeiten einer solchen Arbeitsbeziehung erheblich“ (Roller/Nelson S. 95) eingrenzen.

In Kliniken arbeiten häufig KollegInnen co-therapeutisch zusammen, die unterschiedliche Therapieausbildungen hinter sich haben. Nun sagt allein das nur wenig über die therapeutische Haltung und Arbeit der Beteiligten aus; vertritt aber z.B. die eine ein Menschenbild, das der Humanistischen Psychologie entstammt, und sieht den Menschen dementsprechend als in der Lage zu wählen und zu entscheiden, so wird es sicher schwierig, eine solche Position mit einem Menschenbild zu vereinbaren, das den Menschen vor allem als Reiz-Reaktions-Maschine begreift. Oder die eine hat eine ressourcenorientierte, die andere eine eher defizitorientierte Grundhaltung; oder die eine ist auf Neutralität gegenüber den Problemlösungen der KlientInnen bedacht, während die andere prinzipiell von sich aus die Lösungsmodelle ins Spiel bringt, die sie als richtig und hilfreich erkannt hat.

Haben die beiden PartnerInnen sich die Zeit genommen, auf der grundsätzlichen Ebene ein gemeinsames Konzept zu erarbeiten, das auch unterschiedliche Ausrichtungen und Wertvorstellungen produktiv verbindet, lassen sich in der Regel **auf der pragmatischen Ebene** leichter gangbare Wege finden. Hierher gehören Fragen wie: „Was ist für dich von Bedeutung, wenn...?“ oder „Wie willst du umgehen mit...?“, die die bevorzugten oder gewohnten Arbeitsweisen der beiden PartnerInnen veranschaulichen. Auf der Basis einer Klärung im Grundsätzlichen sind dann die gemeinsamen und unterschiedlichen Antworten auf solche Fragen einfacher zu einer gemeinsamen therapeutischen Strategie zusammenzuführen, die auch diskrepante Sichtweisen verklammert. In der folgenden Übung habe ich einige Fragen zusammengestellt, die für **Co-TherapeutInnen** (nicht nur) **im Gestaltkontext** wichtig sein können. Natürlich sind diese Fragen nur Beispiele, bewußt unvollständig und damit vielleicht Anregung für die Co-TherapeutInnen, ihren eigenen, auf ihre konkrete Arbeitssituation zugeschnittenen Fragenkatalog individuell zu entwickeln, der ihnen dazu dient, die Sichtweisen der anderen über ihre therapeutischen Vorlieben und Arbeitsstile kennenzulernen.

Übung 4:

Jeder der beiden PartnerInnen beantwortet zunächst für sich schriftlich z.B. die folgenden Fragen; danach tauschen sich beide PartnerInnen über ihre Antworten aus: Wie sind meine Prioritäten bezüglich Einzel- oder Gruppenarbeit? Fühle ich mich wohler in Gesprächssituationen oder bei Inszenierungen? Wie gehe ich mit Körperkontakt um? Wieviel Distanz brauche ich zu meinen KlientInnen, wieviel Nähe will ich zulassen? Wieviel Persönliches von mir

sollen meine KlientInnen erfahren? Wie gehe ich mit meinen eigenen Gefühlen um? Wie transparent oder wie bedeckt zeige ich mich? Wann beteilige ich mich bei angeleiteten Übungen, wann nicht? Wie bringe ich meine Hypothesen ins Spiel? Arbeite ich lieber stützend oder konfrontierend? Wie flexibel oder rigide gehe ich mit meinen Plänen um? Wie gehe ich mit Übertragung um? Welche Rolle spielt für mich Kontextabklärung und Lebensgeschichte? Bevorzuge ich eher Lang- oder Kurzzeittherapien? Wie gehe ich mit „Störungen“, mit „Widerstand“ um? Verstärke ich dabei lieber die Impulse der KlientInnen oder steuere ich lieber dagegen? Welche diagnostischen Kriterien bevorzuge ich?

Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang natürlich auch ein Austausch darüber sinnvoll, wo die beiden PartnerInnen ihre therapeutischen Stärken und wo ihre wunden Punkte und Schwachstellen sehen, und wie sie damit umgehen wollen.

4.3. Kommunikation

Die Qualität der Co-Therapie steht und fällt mit dem Gelingen oder Mißlingen der Kommunikation der beiden PartnerInnen in den Vor- und Nachbesprechungen und natürlich während der Therapiesitzungen selber. Dabei sind - besonders im Hinblick auf den Modellcharakter der Co-Therapie für KlientInnen - drei Prinzipien von besonderer Bedeutung:

- zum einen die *Offenheit* und Transparenz der Kommunikation z.B. im gegenseitigen feedback oder in Auseinandersetzungen;
- zum andern die *Gleichberechtigung* der Kommunikation, die - wie V. Satir treffend beschreibt - nicht mit gleichem Status zu verwechseln ist: „Ich glaube, man kann Müllmann sein, und doch als Person mit anderen auf gleicher Stufe stehen, wenn man sich darüber klar ist, was man weiß und was man nicht weiß, was man kann und was man nicht kann, und sich so einen eigenen Wert gibt... Persönliche Klarheit ermöglicht Gleichheit in dem Sinne, daß Menschen gleichwertig sind, auch wenn sich ihr sozialer Status unterscheidet.“ (Roller/Nelson S. 250)
- zum dritten die *Ausgeglichenheit* der Kommunikation, wo die PartnerInnen sich die Arbeit zwar „so aufteilen, wie sie ihrer persönlichen Eigenart und den Bedürfnissen der Patienten entspricht“ (Roller Nelson S. 101), jedoch ohne sich in einer Passiv-Aktiv-Konstellation zu verfangen, wo die eine sich produziert und die andere sich versteckt.¹⁷

Daß die beiden Co-TherapeutInnen sich regelmäßig Zeit für die **Vorbereitung** auf die Therapiesitzungen nehmen, ist unabdingbar. Hierher gehört zum einen der offene Austausch von Hypothesen über den Verlauf und aktuellen Stand der Therapie, sowie die konkrete Planung der Sitzungen einschließlich der vorgesehenen Rollenaufteilung miteinander und gegenüber den KlientInnen. Um diese Aufteilung sinnvoll planen zu können, gehört zur Vorbereitung aber auch die gegenseitige Information über die momentane Befindlichkeit der PartnerInnen sowie gegebenenfalls über den aktuellen persönlichen Hintergrund mit hinzu, insofern er Auswirkungen auf die Therapiesitzung haben kann. Dabei hat sich die „Verhaltensregel ‘keine Geheimnisse zwischen Co-Therapeuten’... in langjähriger Praxis hervorragend bewährt.“ (Roller/Nelson S. 131)

Von zentraler Bedeutung für die Erhaltung und Weiterentwicklung der Kooperationsfähigkeit der beiden Co-TherapeutInnen sind die **Nachbesprechungen**, die sich an jede Sitzung unmittelbar anschließen sollten. Sie sind für die beiden Co-Therapie-PartnerInnen die entscheidende Gelegenheit, sich über ihre Gefühle und Einschätzungen zum Ablauf der Sitzung auszutauschen, bisherige Hypothesen und Strategien zu überprüfen und zu überarbeiten und sich ein-

¹⁷ Für die Kommunikation zwischen den Co-Therapie-Partnern vgl. auch die „Regeln für Teamwork“ bei Lenz u.a.. S. 59

ander zuzuwenden mit offenem feedback, mit Kritik und Bestätigung und möglicherweise mit dem Austragen von Konflikten, die in der Sitzung offen geblieben sind.

Die eigentliche Nagelprobe für die Co-TherapeutInnen ist dann natürlich immer wieder die Art und Weise ihrer Kommunikation **während der Therapiesitzungen**; denn das Zusammenspiel zwischen den Co-TherapeutInnen hat Modellcharakter für KlientInnen, für die sich in der Therapiesituation entweder als schwierig und verletzend erlebte Konstellationen aus der Herkunftsfamilie wiederholen oder neue Beziehungs- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen können. Wenn dabei beide PartnerInnen flexibel ihre Rollen handhaben, dann ist es z.B., wie Napier/Whitaker in ihrer ausführlich dokumentierten Co-Therapie mit einer Familie unter Beweis stellen, „für die symbolische Übernahme einer Elternrolle der Ko-Therapeuten... nicht ausschlaggebend... ob sie verschiedenen Geschlechtern angehören. Wirklich hilfreich scheint es zu sein, wenn beide Therapeuten...frei [sind], ‘alle Tonarten zu spielen’. Carl kann manchmal eine großbusige, zärtliche Mutter sein oder ein strenger barscher Großvater, und ich gebe zuweilen einen ganz guten fleghaften, rebellischen Jun-gen ab.“ (Napier/Whitaker S. 104f) Besonders bedeutsam gerade im Hinblick auf die Modellfunktion, die die Kommunikation der beiden Co-TherapeutInnen hat, ist die Art und Weise, wie sie *Entscheidungen* treffen und wie sie mit *Konflikten* untereinander und mit KlientInnen umgehen. Auf beides will ich hier kurz eingehen.

In der Supervision von Co-TherapeutInnen wird immer wieder deutlich, daß die beiden PartnerInnen gerade wichtige *Entscheidungen* vorschnell treffen. Entweder übernehmen sie dabei unmittelbar den Entscheidungsdruck, den KlientInnen sich selber oder den TherapeutInnen machen, oder sie unterwerfen sich ihren eigenen unbefragten inneren Normen, daß doch jetzt endlich etwas passieren müsse, daß doch endlich einmal jemand das unfruchtbare Hin und Her beenden und ein klares Machtwort sprechen müsse u.s.w. Nun sorgen zwar solche Machtdemonstrationen in Form von vorschnellen Entscheidungen zumindest oberflächlich für Klarheit, zugleich sind sie aber ein idealer Nährboden für Zweifel und Unklarheit, da sie meistens GewinnerInnen und VerliererInnen zurücklassen; und VerliererInnen sind selten zuverlässige Stützen für Beschlüsse, die von anderen gefaßt worden sind. Außerdem bringen sich beide Co-TherapeutInnen um den Genuß, den es ihnen bereiten kann, wenn sie - vielleicht sogar mit wechselnden Rollen - das Für und Wider zur vollen Blüte bringen, und verstellen ihren KlientInnen die Erfahrung, daß in ihnen selbst durch das retardierende Element, das die Co-TherapeutInnen auf diese Weise ins Spiel bringen, der Boden für die Entwicklung wirklich schöpferischer Lösungsmöglichkeiten bereitet werden kann.

Übung 5:

Folgende Situation ist vorgegeben: Die GFE (Gesellschaft für fundierte Entscheidungen) hat den beiden Co-TherapeutInnen für einen gemeinsamen Urlaub jeweils DM 5000.- gestiftet, die Freigabe der Beträge aber an die Bedingung geknüpft, daß die beiden PartnerInnen in dem halben Jahr, das ihnen bis zum Antritt der Reise bleibt, jeden Tag 10 Minuten Zeit damit verbringen sollen, alle für eine gemeinsame Entscheidung wichtigen Faktoren ausführlich zu besprechen und über diese Zeiten für die GFE ein Verlaufsprotokoll anzufertigen. Die Entscheidung über das Reiseziel darf erst vier Wochen vor Reisebeginn gefällt werden. - Die beiden PartnerInnen spielen miteinander die Diskussionen z.B. der ersten Woche durch.

Im Hinblick auf den *Umgang mit Konflikten* fällt es den meisten von uns schwer, in ihrem eigenen Sozialisationsprozeß hilfreiche Modelle dafür zu entdecken. Um im co-therapeutischen Prozeß nun selber Modell für sinnvolles Konfliktverhalten sein zu können, bedarf es deshalb in der Regel eines intensiven Lernprozesses.¹⁸ Ziel dieses Prozesses könnte

¹⁸ Hilfreich für das Konflikttraining sind immer noch die Kommunikations-Klassiker Schwäbisch/Siems und Bach/Wyden.

sein, sich dem heraklitischen Grundsatz anzunähern, daß „schönste Harmonie“ dann besteht, wenn Zusammenkommendes widerstreitet. Es geht also darum, Konflikte nicht mehr vor allem als Machtkampf zu begreifen, wo es darum geht, sich zu behaupten oder unterzugehen, sondern die erforderliche Klarheit, Souveränität und Flexibilität zu gewinnen, die es möglich macht, Konflikte als fruchtbares Miteinander unterschiedlicher Positionen zu erleben, aus deren Kontakt schöpferisch etwas Neues, Drittes entstehen kann, das die unterschiedlichen Polaritäten *aufhebt*; und das im dreifachen Sinne: Die unterschiedlichen Positionen verlieren sich, kommen zum Ende mit ihrer Begrenztheit; sie werden bewahrt, kommen in ihrer Besonderheit und Kraft erst richtig zur Geltung; und sie werden auf eine höhere, weitere Ebene gehoben, wo sie sich entfalten können und ans Ziel kommen.

Was zunächst den Umgang der beiden Co-TherapeutInnen mit Konflikten angeht, die sie miteinander haben, so kommt dies einer Gratwanderung gleich: Auf der einen Seite geht es ja darum, Konflikte transparent zu machen, auszutragen und nicht unter den Teppich zu kehren; denn ungelöste Konflikte ziehen viel Energie sowohl von den TherapeutInnen als auch von KlientInnen auf sich und bringen die Gefahr mit sich, daß die TherapeutInnen zumindest insgeheim zum Thema werden. Wenn auf der anderen Seite die TherapeutInnen ihre Konflikte ausführlich vor KlientInnen austragen und sich darin verstricken, ist natürlich auch dann die Frage berechtigt, inwieweit in einer solchen Situation nicht ebenfalls die TherapeutInnen und nicht mehr die KlientInnen Thema sind. Hier gibt es keine Patentlösungen, sondern bedarf es auf seiten der TherapeutInnen viel Übung, um im Umgang miteinander und in der Art und Weise, wie sie sich den KlientInnen zeigen, Flexibilität und Fingerspitzengefühl zu entwickeln.

Einfacher erscheint zunächst der sinnvolle Umgang mit Konflikten zwischen einem der beiden TherapeutInnen und KlientInnen, wo die nicht unmittelbar in den Konflikt verstrickte TherapeutIn je nach Erfordernis der Situation entweder eine neutrale, den Konflikt moderierende Rolle einnehmen oder die KlientInnen z.B. durch Doppeln unterstützen kann.¹⁹ Gerade in der letztgenannten Konstellation wird aber eine grundsätzliche Frage der Co-Therapie deutlich, nämlich die, wie die beiden PartnerInnen ihre Verbindung miteinander bewahren können, und das auch in schwierigen Situationen; denn wenn die TherapeutInnen den Eindruck erwecken, daß sie unverbunden neben- oder gegeneinander agieren, sind KlientInnen in der Regel überfordert, da in ihnen z.B. das Gefühl geweckt wird, sich für einen der beiden entscheiden zu müssen. Wie die Co-TherapeutInnen ihre Verbindung aufrecht erhalten können, dafür gibt es sicher keine Rezepte. Die folgende Übung kann aber vielleicht Anregungen für die Beantwortung dieser Frage geben.

Übung 6:

Im ersten Teil *begeben sich die beiden Co-TherapeutInnen ihren Möglichkeiten entsprechend in eine multilaterale Kommunikationssituation, z. B. gehen sie gemeinsam auf ein (Straßen-)Fest oder geselliges Beisammensein, zu einer Versteigerung o.ä. und achten dabei auf die Verbindung zwischen ihnen, wie sie sie in unterschiedlichen Kommunikationssituationen zueinander empfinden.*

Im zweiten Teil *gehen die beiden PartnerInnen im Hinblick auf ihre gemeinsame Arbeit folgenden Fragen nach: Woran erkenne ich bei mir selber, wenn ich mich mit jemandem verbunden fühle? Welche Verhaltensweisen der anderen tragen für mich dazu bei, mein Gefühl der Verbundenheit zu ihr zu schwächen oder zu stärken? Woran kann die andere merken, daß ich mit ihr verbunden bin? Woran merke ich, daß sich meine Partnerin mit mir verbunden*

¹⁹ Was natürlich nicht bedeutet, daß es sinnvoll ist, bei jedem Konflikt zwischen KlientIn und TherapeutIn diesen automatisch auch auf der interpersonalem Ebene anzugehen. Im Dialog mit der KlientIn (und nicht, wie Kroner S. 387 suggeriert, als ‚einsame‘ Entscheidung der beiden LeiterInnen) werden die Co-TherapeutInnen klären, ob auf der inter- oder die intrapersonalem Ebene im Vordergrund stehen soll.

fühlt? Wie kann die Verbindung mit meiner PartnerIn bestehen bleiben, auch wenn sie (ich) im Kontakt mit jemand anderer ist (bin)?

5. Schlußbemerkung

Die co-therapeutische Beziehung ist ein lebendiges System und als solches in ständiger Entwicklung begriffen; längerfristig kooperierende Co-TherapeutInnen werden verschiedene Phasen des Miteinanders durchlaufen (vgl. Roller/Nelson S. 181ff) und im Laufe ihrer Zusammenarbeit ihren eigenen Stil entwickeln. Dabei hat die "Beziehung zwischen erfolgreichen und zufriedenen Ko-therapeuten... einige grundlegende Gemeinsamkeiten mit einer guten Partnerschaft in der Arbeit oder in der Ehe; sie vertieft sich mit der erfolgreichen Bewältigung persönlicher Konflikte und durch gemeinsame Anstrengungen und Freuden" (Heising S. 65).

Literatur

- ⇒ G. Bach/P. Wyden: Streiten verbindet, Frankfurt a.M. (Fischer)1983
- ⇒ S. Freud: Gesammelte Werke Bd. VII, Frankfurt a.M. (Fischer) 1941
- ⇒ R. Fuhr/M. Gremmler-Fuhr: Gestalt-Ansatz, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1995
- ⇒ R. Fuhr/M. Sreckovic/M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie, Göttingen (Hogrefe) 1999
- ⇒ S. u. A. Ginger: Gestalttherapie, Weinheim (Beltz) 1994
- ⇒ H. Goetze/W. Jaede: Nicht-direktive Kindertherapie, in: L. J. Pongratz: Handbuch der Psychologie Bd. 8,2 (Klinische Psychologie) 1978, S. 2428ff Göttingen (Hogrefe)
- ⇒ G. Heising: Ko-Therapie in Gruppen, Göttingen (Vandenhoeck u. Ruprecht) 1976
- ⇒ E. L. Kauss: Psychoanalytische Behandlung im stationär-klinischen Feld, Diss. Marburg (Görich & Weiershäuser)1981
- ⇒ H. Klippstein (Hrsg.): Das Vergessen vergessen, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme)1994
- ⇒ K. Kroner: Co-Therapie – eine Herausforderung. Überlegungen zur co-therapeutischen Arbeit in Gruppen, in: Gestalt und Integration Sonderheft 2/1996 –2/1998 (Themenheft: Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung), Düsseldorf (FPI-Publikationen) S. 376ff
- ⇒ G. Lenz/G. Osterhold/H. Ellebracht: Erstarrte Beziehung - heilendes Chaos, Freiburg (Herder) 1995
- ⇒ T. Moser: Zu viele Therapien, zu wenig Integration, in: Integrative Therapie, Paderborn (Junfermann) 1-2/1994, S. 5ff
- ⇒ A.Y. Napier/C.A. Whitaker: Die Bergers, Reinbek (Rowohlt)1982
- ⇒ B. Roller/C. Nelson: Die Kunst der Co-Therapie, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1993
- ⇒ M. Rosenbaum: Co-Therapie, in: G. Ammon (Hrsg.) : Gruppenpsychotherapie, Hamburg (Hoffmann und Campe) 1973, S. 247ff
- ⇒ L. Schwäbisch/M. Siems: Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher, Reinbek (Rowohlt) 1974
- ⇒ G. Schwing: Ein Weg zur Seele des Geisteskranken, Zürich (Hecker) 1940

- ⇒ B. Speed: Ein Kopf ist besser als zwei (oder mehr), in: J. Schweitzer (Hrsg.): Systemische Praxis und Postmoderne, Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1992, S.191ff
- ⇒ F. M. Staemmler: Therapeutische Beziehung und Diagnose, München (Pfeiffer) 1993
- ⇒ D. Yalom: Gruppenpsychotherapie, München (Kindler) 1974
- ⇒ H. Zenz/G. Heising/J. Fahnert: Gruppendynamik nach dem Rollenwechsel der Gruppenbeobachterin zur Kotherapeutin, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 6, Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht) 30(1972), S. 30ff