

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 24/2019

Co-Therapie - eine Herausforderung –
Überlegungen zur co-therapeutischen Arbeit in Gruppen

*Katrin Kroner, Zürich **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Die Arbeit erschien 1998 und wird hier neu eingestellt: Kroner, K. (1998). Co-Therapie - Herausforderung. Überlegungen zu co-therapeutischen Arbeit in Gruppen. Gestalt & Integration, Sonderausgabe 1997/98, Bd. 2, S. 376-410.

Co-Therapie - eine Herausforderung

Überlegungen zur co-therapeutischen Arbeit in Gruppen

Kätrin Kroner, Zürich

1. EINLEITUNG

Nachdem ich mehrere Male als Auszubildende in Co-Therapie gearbeitet hatte, dabei gute Erfahrungen gemacht und viel gelernt hatte, verlief ein weiteres Mal sehr unglücklich. Dies war der Anlaß für mich, mir überhaupt darüber Gedanken zu machen, was die Stellung der Co-TherapeutInnen (ich halte mich an diese Schreibweise und verwende meistens die weibliche Form, weil in diesem Beruf mehrheitlich Frauen tätig sind) in Ausbildung ist, um was es dabei für sie selbst, aber auch für die AuszubildnerInnen und für die Gruppe geht. Immer mehr Erinnerungen wurden wach an verschiedene Gruppen, bei denen ich entweder Teilnehmerin oder Leiterin war. Ich habe alle diese Erfahrungen aufgelistet und war selbst erstaunt und beeindruckt, wie viel und vor allem wie Unterschiedliches zusammen gekommen ist. Meine erste Gruppentherapieerfahrung liegt mehr als 25 Jahre zurück. Es handelte sich dabei um eine von einer Psychiaterin und einem Psychiater geleitete analytische Gruppe. Am meisten Gruppenerfahrungen habe ich am Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI) gesammelt, an dem ich meine Ausbildung gemacht habe. Zu meinen Erfahrungen mit Co-Therapie gehört, neben den FPI-Gruppen, auch eine Paartherapie mit einem Ehepaar als TherapeutInnen-Paar und einige Gruppen in verschiedenen anderen Verfahren, vor allem Psychodrama. Zu nennen sind auch Gruppen, die ich mitgeleitet habe. Ich drücke dies bewußt so aus, weil ich damit nicht nur die Situationen meine, in denen ich als Auszubildende Co-Therapeutin war, sondern auch die Konstellation, in der ich gleichberechtigt und in voller Verantwortung mit einer Kollegin/einem Kollegen eine Gruppe leitete.

1.1 Co-Therapie in der Literatur a) in der Literatur zur Integrativen Therapie und b) in der Literatur zu anderen psychotherapeutischen Verfahren

Zur Vertiefung der eigenen Erfahrungserkenntnisse war es angezeigt, in der Literatur nachzuschlagen.

a) Dabei habe ich zunächst - meinem Ausbildungsweg entsprechend - in der Literatur zur Integrativen Therapie nach Hinweisen zur Co-Therapie gesucht. Das Register des Übersichtsbandes „*Integrative Therapie*“ (Petzold 1993a) half nicht weiter, obwohl am FPI meistens in Co-Therapie gearbeitet wird und obwohl „Co“ oder „Ko“ in vielen anderen Zusammensetzungen vorkommt. In der Schreibweise wird es sogar oft hervorgehoben, weil dieses „Co“ als Ausdruck des Miteinander und der Intersubjektivität in der Integrativen Therapie ein grundlegendes Prinzip ist. Ein paar Beispiele: *co-emoating*, *co-unconscious*, *con-sortes*, *Ko-Affektivität*, *Ko-Existenz*, *Ko-inkarnation*, *Ko-operation*, *Ko-orientierung*, *Ko-respondenz*, *Kokreation*, *Konsens* etc. (Petzold 1993a, S. 1519 u. S. 1531). Im folgenden zitiere ich die einzigen Textstellen, auf die ich gestoßen bin, in denen Koeitung ausdrücklich erwähnt ist: „*Szenisches Erfassen und Verstehen, die ausgeprägte Fähigkeit zur holographischen Evokation sind deshalb für das Leiten von Gruppen, das Wahrnehmen und Erfassen von Gruppenprozessen, sind für eine differenzierte Interventionspraxis kardinale Momente. Die Schulung dieser Fähigkeiten stellt deshalb in der Ausbildung von Psychotherapeuten bzw.*

Gruppenpsychotherapeuten eine wichtige Aufgabe dar: (Petzold 1983c), für die in Selbsterfahrung, **Koleitung von Gruppen** (Hervorhebung K.K.), *Lehranalyse, Kontrollanalyse, Teilnahme an Supervisionsgruppen die Möglichkeit des Lernens durch ‚Internalisierung von Szenen guter therapeutischer Arbeit‘ geboten wird, dadurch daß man empathische, klinisch kompetente Lehrtherapeuten bei der Arbeit beobachtet ...* (Petzold/Frühmann 1986, S. 148). Fündig geworden bin ich auch im Artikel von Petzold/Orth: „*Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen*“. Hier sind 14 Perspektiven aufgeführt, die „*ein Gruppentherapeut ‚im Kopf haben sollte*“. Punkt IX heißt: „*Perspektive Übertragungsdynamiken, empathische Resonanz und Beziehungsrealität: (1) Welche Übertragungen bzw. Übertragungslinien und -qualitäten finden sich in der Gruppe (a) zur Lehrtherapeutin (b) zum Ko-Therapeuten (Hervorhebung K.K.) (c) zum Therapeutenpaar (d) zur Gruppe als Ganzes (e) zur Institution (f) zwischen den Therapeuten?*“ (Petzold/Orth 1995, S. 197 ff.). Im selben Artikel ist unter anderen „Perspektiven“ mehrmals von „den Therapeuten“ die Rede, ohne zu unterscheiden zwischen LehrtherapeutIn und Co-TherapeutIn in Ausbildung. Frühmann erwähnt in ihrer Dissertation „*Die Bedeutung der Gruppe in der Integrativen Therapie*“ die Gruppenleitung in Co-Therapie nur einmal in einer Klammerbemerkung: „*Die Therapiegruppe ist eine Gruppe von Personen, welche einen ausgebildeten Psychotherapeuten braucht (oftmals auch zwei oder mehrere) ...*“ (Salzburg 1987, S.30). 1991 war im Jahres-Programm des FPI ein Seminar zum Thema Co-Therapie ausgeschrieben (das damals nicht zustande gekommen ist). Die Leiterin dieses Seminars, *Margherita Spagnuolo Lobb*, hat mir freundlicherweise ein Manuskript zu diesem Thema zur Verfügung gestellt. Ihre Ausführungen basieren in erster Linie auf der Gestalttherapie von *Perls* und deren Weiterentwicklung durch *Isadore From* sowie *E. und M. Polster*. (siehe ausführlicher dazu unten These 2.2.5.).

b) In der Literatur zur Psychoanalyse, zur Gruppenpsychotherapie und zur Paar- und Familientherapie fand ich viele Bücher und Artikel zum Thema. In der Paar- und Familientherapie scheint es üblich zu sein, daß die beiden TherapeutInnen gleichberechtigt arbeiten. Hier fand ich auch die einzige Definition von Co-Therapie: „*Wir definieren Co-Therapie als eine spezielle Vorgehensweise, bei der zwei Therapeuten einen oder mehrere Patienten gleichzeitig und am selben Ort in einem der genannten Modi (Einzel-, Familien-, Paar- oder Gruppentherapie) behandeln*“ (Roller/Nelson 1993, S.12). Roller/Nelson (1993, S.16) betonen, „*daß Co-Therapie keineswegs eine neue Behandlungsform ist. In den zwanziger Jahren hatte bereits Alfred Adler (1930) damit experimentiert. In seiner Erziehungsberatungsstelle in Wien versuchte er auf diese Weise, den Widerständen der Kinder in Gegenwart der Eltern wirksam zu begegnen. Die Kinder waren zugänglicher, wenn zwei Personen, ein Psychiater und zusätzlich ein Sozialarbeiter oder Lehrer, mit ihnen sprachen.*“

In der Literatur zum Psychodrama wird dies zwar nicht so definiert, aber man könnte das Einnehmen der Funktion des „Hilfs-Ich“ als eine Form von Co-Therapie sehen. In der von Psychoanalytikern entwickelten Gruppenpsychotherapie gilt diese als eigenständige Therapieform mit spezieller Ausbildung (vgl. u.a. *Battegay* 1971 und *Yalom* 1989). Co-Therapie ist oft einer der verlangten Ausbildungsschritte und wird in der Literatur häufig diskutiert. Zur Bezeichnung schreibt *Rosenbaum*: „*Neben Co-Therapie bezeichnet man sie als duale (Doppel-)Führung, rollengeteilte Therapie, Dreieckstherapie, multiple Therapie, kooperative Therapie, gemeinsame Therapie und gemeinsame Interviews*“ (*Rosenbaum*, in *Ammon* 1976, S.249).

Zwei gegensätzliche Zitate:

Folgende zwei Zitate zeigen das Spektrum der in der Literatur angetroffenen Meinungen, resp. Untersuchungsergebnisse auf: „*Der Lohn der Co-Therapie ist gewaltig. Die Herausforderungen*

sind groß. Wenn die zwei Therapeuten übereinstimmen, sich in authentischer Wechselseitigkeit zu engagieren, ist der Nutzen für Patienten wie für Therapeuten gewaltig" (Rosenbaum 1976, S.272). „Zuletzt wurde dies in einer umfassenden Auswertung der Ko-Therapie-Studien bestätigt, daß dieses Unternehmen so kompliziert ist, daß es auch vom erfahrensten Therapeuten das Höchste abverlangt, ohne ihm dabei echte Vorteile zu gewähren" (Salvendy 1984, S. 234).

1.2 Fragestellungen und Arbeitshypothese

Nun wurde ich neugierig, wie es zu so unterschiedlichen Resultaten kommen kann: Spielt z. B. das erwünschte Ziel dabei eine Rolle? Ist das Resultat co-therapeutischer Arbeit vielleicht abhängig von den Persönlichkeiten der TherapeutInnen? Gibt es Voraussetzungen, die eher zu einem positiven Resultat führen? Speziell begann mich die Frage zu interessieren, was sich aus den Theorien und Konzepten der Integrativen Therapie, in der es ein Gruppenmodell gibt (Petzold/Frühmann 1986), in der viel in und mit Gruppen gearbeitet wird, in der ein großer Teil der Ausbildung in Gruppen geschieht, in der oft in Co-Therapie gearbeitet wird, gleichberechtigt und mit Auszubildenden - ableiten läßt zu Fragen und Problemen, die im Zusammenhang mit Co-Therapie auftauchen. Oder ist es etwa so, daß es in der Integrativen Therapie gar keine Fragen gibt, daß keine Probleme auftauchen, weil Co-Therapie mit den Konzepten der Integrativen Therapie ohne weiteres „kompatibel" ist, sich in die Konzepte z.B des Ko-respondenzprozesses, der Rolle des Therapeuten/der Therapeutin, von Übertragung und Gegenübertragung, der Mehrperspektivität etc. ohne weiteres einfügt und nicht speziell reflektiert werden muß?

Ich gehe davon aus, daß für erfolgreiches (für die GruppenteilnehmerInnen und die Co-LeiterInnen) co-therapeutisches Arbeiten spezielle Überlegungen nötig sind. Diese könnten anhand der Kerntheorien des jeweiligen Verfahrens überprüft werden. Ich gehe davon aus, daß es möglich ist, sich klar zu werden über Vor- und Nachteile, über Schwierigkeiten und Erleichterungen bei dieser Arbeitsform. Bezüglich der Integrativen Therapie ist meine Hypothese, daß die co-therapeutische Arbeit bisher zu wenig reflektiert und zu wenig differenziert angeschaut worden ist. Ich formuliere im folgenden einige Thesen zu dieser Arbeitsform. Ich stelle meine Überlegungen dazu dar und vergleiche diese mit eigenen Erfahrungen und mit in der Literatur gefundenen Ausführungen. Ich stelle kein Konzept zur Arbeit in Co-Therapie zur Verfügung, sondern ausgehend von Reflexionen, eigenen Erfahrungen und deren Diskussion möchte ich aufmerksam machen auf Punkte, die bei co-therapeutischem Arbeiten zu beachten sind. Ich möchte Anregungen geben, wie durch Co-Therapie - neben dem eventuell größeren Aufwand - für die Co-TherapeutInnen und die Gruppe ein höherer Gewinn resultieren kann. Im übrigen gehe ich in dieser Arbeit nur auf die co-therapeutische Leitung von therapeutischen Gruppen ein. Co-Therapie gibt es aber auch in der Einzel-, Paar- und Familientherapie, und es gibt Co-Leitung z.B. als Team-Teaching in pädagogischen Gruppen.

1.3 Zum Begriff „Co-TherapeutIn"

Zu klären bleibt noch der Begriff „Co-TherapeutIn", da er undifferenziert für Unterschiedliches gebraucht wird, z. B. für gleichberechtigt Leitende, beide fertig ausgebildet, gleichberechtigt Leitende, beide in Ausbildung, nicht gleichberechtigt Leitende, z. B. eine Person in Ausbildung, die andere Auszubildnerin oder z. B. im klinischen Rahmen: eine Ärztin mit voller Verantwortung und ein Pfleger, eine Person ist ausschließlich Beobachterin. Andere mögliche Begriffe für nicht gleichberechtigt arbeitende Co-TherapeutInnen, denen ich begegnet bin oder die mir mündlich von KollegInnen verschiedener Verfahren vorgeschlagen wurden, sind u. a.: TherapeutIn - Assi-

stentIn, Meister - Lehrling, Senior-Junior-TherapeutIn, lehrende - lernende Therapeutin, Nequipos (span. „equipo“ = Team; vgl. *Roller/Nelson* 1993, S. 50). Diese Bezeichnungen befriedigen mich alle nicht, so daß ich in dieser Arbeit beim Begriff Co-Therapie bleibe. Wenn ich es nicht ausdrücklich benenne, meine ich damit zugleich gleichberechtigt und nicht gleichberechtigt arbeitende Co-TherapeutInnen.

2. THESEN ZU CO-THERAPIE

Im folgenden werden Thesen zu Co-Therapie aus drei Perspektiven aufgestellt: Thesen aus der Sicht der Co-TherapeutInnen, Thesen aus der Sicht der Gruppe und Thesen aus Sicht der Interaktion zwischen den Co-TherapeutInnen und der Gruppe. Diese Systematik erlaubt mir, drei Bereiche aufzuzeigen, die in der co-therapeutischen Arbeit zu beachten sind.

A. Übersicht über die Thesen

2.1 Thesen aus der Sicht der Co-TherapeutInnen

2.1.1 Die Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen hat Auswirkungen auf die Gruppe und den Gruppenprozeß. Die Entwicklung dieser Beziehung wird zu einem entscheidenden Faktor für Veränderungen und Heilungsprozesse in der Gruppe. Vorbedingung für eine entwicklungsfähige Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen ist eine Ausgewogenheit von Autonomie und Kooperationsbereitschaft bei jeder/jedem der Co-TherapeutInnen.

2.1.2 Ein bestimmter Grad an gegenseitiger Akzeptanz und Achtung ist unerläßlich für die gute Zusammenarbeit. Dies bildet den Boden, auf dem auch in Krisen die gemeinsame Weiterarbeit möglich ist.

2.1.3 Weltanschauliche, politische und ideologische Haltungen können für die Co-TherapeutInnen eine wichtige verbindende Funktion haben.

2.1.4 Die Bereitschaft, sich mit Macht-, Rivalitäts- und Konkurrenzproblemen auseinanderzusetzen, ist für die Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen wesentlich.

2.2 Thesen aus der Sicht der Gruppe

2.2.1 Die co-therapeutisch geleitete Gruppe bietet erweiterte Möglichkeiten.

2.2.2 Die Co-TherapeutInnen sind ein Modell für Beziehungsgestaltung und für den Umgang mit Differenzen und Konflikten.

2.2.3 Durch die Möglichkeit, sich mit zwei TherapeutInnen auseinanderzusetzen, können die Gruppenmitglieder ihre eigene Differenzierungsfähigkeit besser entwickeln.

2.2.4 Die Übertragungsmöglichkeiten für die Gruppenmitglieder sind erweitert.

2.2.5 Unterschiedliches Geschlecht der Co-TherapeutInnen löst in der Gruppe unterschiedliche Themen aus.

2.3 Thesen aus Sicht der Interaktion zwischen den Co-TherapeutInnen und der Gruppe

2.3.1 Die Motivation der Co-TherapeutInnen für die gemeinsame Gruppenleitung beeinflusst die Zusammenarbeit und damit auch das Gruppengeschehen.

2.3.1a Methodische und praktische Überlegungen

2.3.1b Beziehungsaspekte

2.3.1c Motivation

2.3.2 Jedes Gruppengeschehen ist sehr komplex und wird durch co-therapeutische Leitung noch komplexer. Um das Beziehungsgeschehen in der Gruppe genügend verstehen zu können, muß

das Beziehungsgeschehen zwischen den Co-TherapeutInnen laufend reflektiert werden. Dies kann mit Hilfe von Konzepten und eventuell von Supervision geschehen.

2.3.2a Zur Komplexität des Gruppengeschehens

2.3.2b Mögliche Konzepte zur Reflexion des Beziehungs- und des Gruppengeschehens

2.3.2c Supervision

2.3.2d Bei der Reflexion des Gruppengeschehens zu berücksichtigende Fragen

B. Diskussion der Thesen

Vorbemerkungen: Thesen sind Behauptungen, und als solche habe ich sie bewußt pointiert formuliert. Ich habe versucht, die Thesen allgemein gültig zu formulieren, d.h. sie beziehen sich nicht speziell auf die Integrative Therapie oder darauf, wie am FPI in Co-Therapie gearbeitet wird. Trotzdem sind sie natürlich von meinen Erfahrungen an diesem Institut und in diesem Verfahren mitgeprägt. Bei der Diskussion der Thesen gehe ich davon aus, daß indikatorische Fragen geklärt sind, d. h. daß der Entscheid, eine Gruppe mit diesen bestimmten TeilnehmerInnen co-therapeutisch zu leiten, positiv ausgefallen ist.

2.1 Thesen aus der Sicht der Co-TherapeutInnen

2.1.1 Die Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen hat Auswirkungen auf die Gruppe und den Gruppenprozeß. Die Entwicklung dieser Beziehung wird zu einem entscheidenden Faktor für Veränderungen und Heilungsprozesse in der Gruppe. Vorbedingung für eine entwicklungs-fähige Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen ist eine Ausgewogenheit von Autonomie und Kooperationsbereitschaft bei jeder/jedem der Co-TherapeutInnen.

Goulding/Goulding formulieren: „Sie (die Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen) ist eine in den Therapieprozeß integrierte Beziehung“ (in *Roller/Nelson* 1993, S. 231). Zwei Zitate zu möglichen Auswirkungen dieser Beziehung: „Kurz gesagt: Wie die Ko-therapeutenbeziehung läuft, so läuft die Gruppe“ (*McGhee und Schumann* 1970, zit. in *Heising/Wolff* 1976, S.65). „Die Nachteile der Ko-Therapie entstehen aus Problemen in der Beziehung zwischen den Therapeuten“ (*Yalom* 1989, S. 400). Diese erste These sagt nichts aus über den Inhalt oder die Art der Beziehung der beiden TherapeutInnen. Sie kann also gleichermaßen gelten für gleichberechtigt arbeitende Co-TherapeutInnen, wie auch dann, wenn eine in Ausbildung ist. Die Therapeutin ist als Person das wichtigste Instrument in der Therapie. Außer mit methodischer Erfahrung und didaktischem Geschick arbeitet sie mit ihrer eigenen Geschichte, ihren Emotionen, ihrem Menschen- und Weltbild etc.. Diese Elemente prägen nicht nur -bewußt- die Beziehung zu den GruppenteilnehmerInnen, sondern ebenso -vermutlich häufiger unbewußt- zur Co-Therapeutin, d. h. daß zwischen den Co-TherapeutInnen Übertragungen entstehen. Es scheint mir für den Gruppenprozeß wichtig zu sein, daß die Co-TherapeutInnen auf das Entstehen und das Vorhandensein solcher Übertragungspänomene zwischen sich achten (vgl. These 2.3.2a). TherapeutInnen sind für die KlientInnen immer auch Modell. Arbeiten zwei TherapeutInnen zusammen, wird zusätzlich ihre Zusammenarbeit und ihre Beziehung zum Modell (vgl. These 2.2.2). Ist die Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen belastet, ungeklärt oder gestört, unabhängig von der Ursache, ist die Gefahr groß, daß die Aufmerksamkeit der beiden stärker bei der jeweils anderen Leiterin ist als bei der Gruppe.

Eine detaillierte Analyse betreffend eine mögliche erwünschte Entwicklung eines co-therapeutischen Teams stellen *Dugo/Beck* (in *Roller/Nelson* 1993) vor. Auf der Grundlage der System-

theorie beschreiben sie -für länger bestehende Gruppen- neun Entwicklungsphasen „*informeller Aspekte der Beziehung eines co-leitenden Paares.*“ Sie haben beobachtet, daß „*Gruppen selbst keine höhere Entwicklungsphase erreichen können als diejenige, die ihre Co-Leiter erreicht haben.*“ Sie betonen, daß es auch bei Gruppen von kürzerer Dauer wichtig ist, daß die Co-Therapeuten die ersten drei Phasen durchlaufen:

„*Phase 1: Einen Vertrag ausarbeiten*“, u.a. mit „*formalen Regelungen zur Durchführung der Gruppe und zur Handhabung kritischer Situationen in ihrer Beziehung.*“

„*Phase 2: Eine gemeinsame Identität ausbilden*“ Dazu gehört, daß „*Konkurrenzprobleme gelöst*“ und „*Problempunkte identifiziert*“ werden.

„*Phase 3: Ein Team bilden ... In dieser Phase wird ein gemeinsamer Kommunikations- und Leitungsstil in der Gruppe erarbeitet*“ (in Roller/Nelson 1993, S. 181ff).

Mir scheint, daß dieses Phasenmodell für die co-therapeutische Arbeit mit Gruppen sehr hilfreich sein kann. Allerdings würde ich vom Ansatz der Integrativen Therapie her dahin tendieren, die einzelnen Phasen mehr miteinander zu verbinden (gemäß dem heraklitischen Prinzip). Die Entwicklung des Gruppenprozesses und die Entwicklung ihrer Beziehung vergleichen *Büscher/Sturm* (1992) bezüglich einer von ihnen gemeinsam geleiteten Psychodrama-Gruppe (vgl. These 2.3.2b).

Vorbedingung für eine entwicklungsfähige Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen ist eine Ausgewogenheit von Autonomie und Kooperationsbereitschaft bei jeder/m der Co-TherapeutInnen.

Ich vermute, daß für die Zusammenarbeit eines nicht gleichberechtigten TherapeutInnen-Paares mit dieser Vorbedingung ein zentraler Punkt angesprochen ist (auch wenn sie für gleichberechtigt arbeitende Co-TherapeutInnen gleichermaßen gilt). Folgende Fragen sind u. a. zu stellen: Braucht es dafür spezielle Voraussetzungen? Gibt es voraussehbare Hinderungsgründe? Ist die Lehrtherapeutin bereit zur Kooperation? Ist für die Co-Therapeutin in Ausbildung genügend Autonomie möglich? Eine positive Auswirkung solcher Ausgewogenheit ist wahrscheinlich die, daß das Manipulationsrisiko, das in der Gruppenleitung steckt, verringert ist. Durch die Autonomie jeder Co-Therapeutin kann eine gegenseitige Kontrolle wahrgenommen werden. In diesen Zusammenhang gehören auch die unter These 2.1.4 diskutierten Fragen betreffend die Machtproblematik.

Unausgewogenheit zwischen den Co-TherapeutInnen könnte dazu führen, daß die Gruppe und die einzelnen Gruppenmitglieder nicht autonom werden können oder daß es zu einer Spaltung in zwei Untergruppen - die „starke“ und die „schwache“ - kommt. Dazu zwei mögliche - hier polarisiert dargestellte- Situationen: Ist eine Co-Therapeutin in der Ausbildungssituation abhängig von der Lehrtherapeutin und wagt deshalb z. B. keinen Widerspruch zu äußern, könnte dies dazu führen, daß auch die Gruppe den LeiterInnen gegenüber keinen Widerspruch wagt, sondern sich allem fügt, was von diesen kommt. Ist es umgekehrt so, daß z.B. die Co-Therapeutin häufig zu widersprechenden Interventionen bzw. zu offen oder versteckt rivalisierendem Verhalten neigt, werden eventuell in der Gruppe Spaltungen evoziert oder verstärkt.

2.1.2 Ein bestimmter Grad an gegenseitiger Akzeptanz und Achtung ist unerlässlich für die gute Zusammenarbeit. Dies bildet den Boden, auf dem auch in Krisen die gemeinsame Weiterarbeit möglich ist.

Akzeptanz des/der anderen hat zur Voraussetzung, daß ich sowohl meine eigenen Kompetenzen kenne und sie einsetze, als auch daß ich meine eigene Begrenztheit und meine Grenzen

kenne, akzeptiere und auch beides immer wieder in Frage stelle. Richtungsweisend kann dabei Lévinas' philosophische Grundthese sein: „Die Infragestellung des Selbst ist nichts anderes als das Empfangen des absolut Anderen“ (in Petzold 1996, S. 319 ff.). Vielleicht kann ich meine Co-Therapeutin nicht verstehen, ihre Intervention nicht nachvollziehen. Sie ist eine „Anderer“ als ich. Lévinas braucht den Begriff der „Illeität“, und meint damit „die ganze Enormität, die ganze Maßlosigkeit, die ganze Unendlichkeit des absolut Anderen...“ (in Petzold 1996, S. 324). Wenn die Co-TherapeutInnen sich gegenseitig wertschätzen, können sie im Wissen um diese radikale Differenz zwischen Menschen versuchen, sich selbst und die Andere immer wieder neu zu erfassen. Dies kann geschehen, wenn sie sich vom *Antlitz* der Anderen, das eine Aufforderung zur Antwort ist, berühren lassen. Wenn die Co-TherapeutInnen sich gegenseitig auf diese Art akzeptieren, versuchen zu verstehen und zu erfassen, werden sie vermutlich den Gruppenmitgliedern in derselben Haltung begegnen. Die von beiden TherapeutInnen geschätzte Verschiedenheit kann dann zu einer Bereicherung nicht nur für die Co-TherapeutInnen, sondern vor allem für die Gruppe werden, wenn die jeweiligen Stärken ausgenutzt werden. Grenzen und Handlungsspielraum können auf diese Weise erweitert werden.

Akzeptanz drückt sich in einer beiden gemeinsamen „Meta-Sprache“ aus. Sie ist der kommunikative Boden, auf dem sich beide bewegen. Sie garantiert meistens ein Grundverständnis für die Arbeitsweise der anderen Therapeutin. „*Emotionelle Annahme und gegenseitige Achtung sind unerlässliche Vorbedingungen*“ (Rosenbaum 1971, S.262). Ein solches gegenseitiges Verständnis scheint gemäß verschiedenen Untersuchungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit wichtiger zu sein, als daß die beiden TherapeutInnen denselben theoretischen Hintergrund haben oder gleich erfahren sind. Paulson et al. schreiben in ihrer Untersuchung über Co-Therapie: „*What Is the Crux of the Relationship?*“ (durchgeführt am Neuropsychiatrischen Institut der University of California, Los Angeles), daß in den meisten von ihnen berücksichtigten Artikeln betont wird, „*that succesful cotherapy depends on the cotherapist's mature ability to work out their differences regardless of their theoretical orientation*“ (Paulson et al. 1976, S. 214).

TherapeutInnen werden üblicherweise in ihrer Arbeit nicht von einer Kollegin direkt beobachtet. Anders bei der Arbeit in Co-Therapie: Beide TherapeutInnen setzen sich mit ihrer persönlichen und fachlichen Kompetenz und Performanz der Beurteilung durch eine Kollegin direkt aus. Möglicherweise entdecken sie gegenseitig „blinde Flecken“, d. h. Übertragungen einer Therapeutin können offensichtlich werden. Solches Sich-Zeigen mit eigenen „Schwächen“ macht verletzlich. Geschieht es auf dem Hintergrund der gegenseitigen Akzeptanz, können bei den TherapeutInnen Lernprozesse ausgelöst werden, die in der Folge auch für die Gruppe förderlich sind. Das Zutagetreten solcher blinder Flecken bei einer erfahrenen, anerkannten Therapeutin könnte speziell in der Ausbildungssituation für sie, wie aber auch für die Co-Therapeutin in Ausbildung schwierig sein. Unsicherheiten können vor allem dann auftreten, wenn die zwei sich aus vorangegangenen Situationen kennen, in denen sie andere Rollen innehatten. So kann z. B. die jetzige Co-Therapeutin in Ausbildung Gruppenteilnehmerin bei der Auszubildnerin gewesen sein.

Zwei persönliche Erfahrungen in diesem Bereich waren sehr unterschiedlich: Eine schöne, unproblematische Erfahrung machte ich bei einer Therapeutin, bei der ich zuvor zweimal Teilnehmerin in viertägigen Seminaren war. Unsere Beziehung hatte keine lange Geschichte und war unbelastet. Ich vermute, daß diese Voraussetzung dazu beigetragen hat, daß auch unsere Zusammenarbeit unbelastet war. Eine weitere positive Voraussetzung war wahrscheinlich das gegenseitige Wissen, daß wir früher z. T. in ähnlichen Arbeitsbereichen tätig gewesen waren und daß wir uns beide mit feministischen Fragestellungen, vor allem bezüglich unserer therapeuti-

schen Arbeit, auseinandersetzen (vgl. These 2.1.3). Schwieriger war meine Arbeit als Co-Therapeutin in Ausbildung beim früheren Lehrtherapeuten meiner Ausbildungsgruppe. Meine Vermutung ist, daß durch die längere Dauer der Ausbildungsgruppe die Rollen des Lehrtherapeuten und von mir festgeschriebener waren, die früheren Übertragungsmuster wieder zum Vorschein kamen und daß es deshalb schwierig war, aus der Rolle der Gruppenteilnehmerin in eine neue zu finden; und daß es für den Lehrtherapeuten schwierig zu sein schien, der früheren Gruppenteilnehmerin eine neue Rolle zuzuschreiben. Dadurch, daß die gegenseitige Akzeptanz grundsätzlich gegeben war, konnte dieses Problem immer wieder angesprochen und die Rollenfixierungen je länger je mehr aufgelöst werden. Es können auch Schwierigkeiten auftauchen, wenn sich die beiden vor der gemeinsamen Arbeit noch nicht kennen und auch nicht kennenlernen können. Die LehrtherapeutInnen am FPI sind z. B. in einigen Seminaren darauf angewiesen, mit einer Co-Therapeutin zu arbeiten, und die angehenden LehrtherapeutInnen sind darauf angewiesen, Erfahrungen als Co-TherapeutInnen in Ausbildung sammeln zu können. Die Wahl der anderen Person ist also manchmal nicht ganz freiwillig, sondern unter einem Sachzwang getroffen. Die gegenseitige Akzeptanz kann in diesem Fall, d.h. wenn die beiden sich noch nicht kennen, nicht von Anfang an gegeben sein. Es stellt sich die Frage, ob die Forderung nicht angebracht wäre, daß die beiden sich vor dem Entscheid zur Zusammenarbeit kennenlernen. Diese Aussage hat gleichermaßen Gültigkeit für gleichberechtigt arbeitende Co-TherapeutInnen.

2.1.3 Weltanschauliche, politische und ideologische Haltungen können für die Co-TherapeutInnen eine wichtige verbindende Funktion haben. Solche Gemeinsamkeiten können sein: Gleiche inhaltliche Ziele; der Wunsch, der betreffenden Institution oder der Gesellschaft aufzuzeigen, daß Gruppentherapie sinnvoll ist; Aspekte des Geschlechterverhältnisses, z. B. der Wunsch aufzuzeigen, daß ein Mann und eine Frau gleichberechtigte TherapeutInnen sein können oder daß zwei leitende Frauen sich als Co-Therapeutinnen zusammen gut fühlen können; der Wunsch, den Umgang mit der eigenen und gemeinsamen Macht zu beobachten und zu reflektieren

Zu diesen Aspekten ein Beispiel aus meiner eigenen Erfahrung: Die Therapie-Gruppe, um die es im folgenden geht, fand Anfang der 70er Jahre in einer großen Schweizer Strafanstalt für rückfällige Männer statt. Ich leitete sie als gleichberechtigte Co-Therapeutin zusammen mit einem Kollegen, der kurz vorher in jener Strafanstalt als Praktikant gearbeitet hatte. Er war deshalb beim Personal und bei den meisten Insassen schon bekannt, während ich ganz neu dazu kam. Er machte die Aufnahme-Interviews allein. (Der Grund dafür ist mir nicht mehr bekannt.) Die Idee, Gruppentherapie für Gefangene anzubieten, ist in der Folge der 68er Bewegung in einer Gruppe von PsychoanalytikerInnen entstanden, die sich für eine Strafreform einsetzten. Diese TherapeutInnen arbeiteten, nach Überwindung vieler institutioneller Hindernisse, in verschiedenen Gefängnissen mit den Insassen, z. T. auch mit dem Personal und auch mit entlassenen und unter Bewährung stehenden Straffälligen. Die TherapeutInnen-Gruppe traf sich regelmäßig zur fachlichen Intervention, aber auch zur Diskussion von politischen Fragen, die durch diese Arbeit auftauchten. Es war eine fachlich, politisch und ideologisch hochengagierte Gruppe.

Mein Kollege und ich hatten Supervision bei dem Psychiater, der als erster in jenem Gefängnis eine Gruppe geleitet hatte und der beim Personal eine sehr kontroverse Stellung hatte. Wir hatten unterschiedliche Grundausbildungen, zwar eigene Therapieerfahrung, aber noch keine Therapieausbildung. Für uns beide war es das erste Mal, daß wir eine Gruppe leiteten. Wir waren voller Enthusiasmus und leisteten einen sehr großen Einsatz für Vor- und Nachbesprechungen, nahmen alle Sitzungen auf Tonband auf, transkribierten sie und gingen nach jeder zweiten Sitzung in Supervision. Auch wenn es heute für mich kaum mehr nachvollziehbar ist, daß ich

damals den Mut hatte, diese Gruppe mitzuleiten, glaube ich, daß wir therapeutisch gut gearbeitet haben. Dazu beigetragen hat m. E. die Übereinstimmung bei den wesentlichen Aspekten der speziellen Aufgabe, der intensive Austausch über unsere Beobachtungen der einzelnen Gruppenmitglieder, des Gruppenprozesses, über unsere Beziehung, unser Befinden in der Gruppe und in der Strafanstalt. Diesen großen Einsatz leisteten wir u. a. aufgrund unseres politischen und ideologischen Engagements und unseres fachlichen Interesses.

2.1.4 Die Bereitschaft, sich mit Macht-, Rivalitäts- und Konkurrenzproblemen auseinanderzusetzen, ist für die Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen wesentlich.

Ich vermute, daß es kaum möglich ist, eine Gruppe über längere Zeit in Co-Therapie zu leiten, ohne daß es zu Konkurrenz-, Macht- und Rivalitätsproblemen kommt. Dies ist wahrscheinlich unvermeidlich, auch wenn sich die TherapeutInnen zu dieser Form der Gruppenleitung entschieden haben mit der Hoffnung auf gegenseitige Unterstützung. Wahrscheinlich tauchen Fragen auf wie: Wer ist beliebter? Wer hat in der Gruppe mehr Gewicht? Wer ist kompetenter? usw. Die Gruppenmitglieder rufen solche Fragen speziell durch ihre Übertragungen hervor, so daß sich die eine Therapeutin in ihrer Position vielleicht bedroht fühlt, während die andere es genießt, die Beliebte zu sein. Wenn solche Probleme auftauchen, ist es wichtig, daß die beiden TherapeutInnen es schaffen, daraus nicht einen Machtkampf entstehen zu lassen, sondern die Übertragungen als solche offenzulegen. Uneingestandene Rivalität könnte den Entwicklungs- und Heilungsprozeß in der Gruppe verhindern: einerseits weil die Aufmerksamkeit der Co-TherapeutInnen vor allem bei diesem Kampf und nicht bei der Gruppe wäre, andererseits weil die Gruppe sich vielleicht auch in zwei Lager spalten würde und/oder versuchen würde, die Co-TherapeutInnen gegeneinander auszuspielen. Wenn die Co-TherapeutInnen es hingegen schaffen, die eigene Macht und/oder Ohnmacht und die der anderen zu respektieren, die Macht eventuell zu teilen, hat dies für sie selbst und für die Gruppe fördernde Wirkung. Die Co-TherapeutInnen sollten sich mit folgenden Fragen auseinandersetzen: Können sie mit Idealisierungs- bzw. Entwertungsübertragungen umgehen? Können sie die daraus entstehenden Konflikte und die für sie damit verbundenen Gefühle erkennen und evtl. benennen? Sind sie bereit, Kompromisse einzugehen, Macht zu teilen? Können sie Ohnmacht aushalten? Die Bereitschaft dazu scheint mir unabdingbar für die Entwicklung der Gruppe.

In die Machtfragen hinein spielen natürlich auch die gesellschaftlichen Bedingungen des Geschlechterverhältnisses und sollten mit beachtet werden (vgl. These 2.1.3). M. E. bedürfen die Themen der Macht, Rivalität und Konkurrenz bei nicht gleichberechtigt zusammenarbeitenden Co-TherapeutInnen spezieller Beachtung. Die Person, die mehr Verantwortung hat, ist a priori in der mächtigeren Position als die andere. Kann die Co-Therapeutin in Ausbildung dies akzeptieren? Sie ist ja oft eine Therapeutin mit viel Berufserfahrung, vielleicht auch im Leiten von Gruppen. Kann die Lehrtherapeutin neben sich eine Therapeutin akzeptieren, die zwar in einer Ausbildungsposition ist, jedoch auch eine hohe fachliche Kompetenz hat?

Das Thema der Macht und Rivalität könnte auch in einer anderen TherapeutInnenkonstellation besondere Bedeutung bekommen, nämlich wenn die TherapeutInnen ein Ehe- und/oder Liebespaar sind. Es ist denkbar, daß ein Teil bei der gemeinsamen Arbeit die Rollenverteilung, welche die beiden im Alltag haben, verändert und der andere dies nicht erträgt. Oder es könnte sein, daß die beiden im Alltag selbstverständliche Zuständigkeitsbereiche haben und sich nun in der gemeinsamen Arbeit gegenseitig einmischen. Ich habe in der Literatur Beispiele gefunden, die aufzeigen, daß durch solche Zusammenarbeit bis dahin unbewußte Ehekonflikte deutlich wur-

den, die zum Abbruch oder Auseinanderbrechen der Therapiegruppe und manchmal auch der Ehe der Co-TherapeutInnen geführt haben (vgl. *Roller/Nelson* 1993, S. 142 ff.).

2.2 Thesen aus der Sicht der Gruppe

2.2.1 Die co-therapeutisch geleitete Gruppe bietet erweiterte Möglichkeiten.

Anders als in der Einzeltherapie ist in der Gruppe nicht jedes Mitglied jederzeit im Mittelpunkt des Geschehens. Dies gibt ihm die Möglichkeit, andere Gruppenmitglieder, ihr Verhalten untereinander und gegenüber den TherapeutInnen und auch die TherapeutInnen zu beobachten. Außerdem können sich die GruppenteilnehmerInnen untereinander über die TherapeutInnen austauschen. Bei co-therapeutischem Arbeiten werden die TherapeutInnen nicht nur in ihrer Rolle als TherapeutInnen wahrgenommen (z. B. als das Rollenstereotyp „ein Therapeut ist so und so“), sondern als zwei unterschiedliche Individuen, die unterschiedliche Meinungen, Gefühle, Stärken und Schwächen etc. haben. Wahrgenommen wird von den Gruppenmitgliedern - ob bewußt oder unbewußt -, wie die beiden miteinander kommunizieren, ob sich zwischen ihnen etwas verändert und wie sie sich entwickeln.

Norcross vermutet: „Wahrscheinlich wird die Anpassung der therapeutischen Beziehung an individuelle Patienten in den nächsten zehn Jahren eine größere Aufmerksamkeit gewinnen.“ Er spricht davon, daß bewußt „*unterschiedliche interpersonale Haltungen*“ eingenommen werden (*Norcross* 1995, S. 54 f.). Bei co-therapeutischer Leitung ist diese Idee per se erfüllt, denn die Haltung einem Gruppenmitglied gegenüber ist bei jeder der Co-TherapeutInnen eine andere. Bemerkenswert scheinen mir in diesem Zusammenhang folgende Gedanken von *Moser* (1992 und 1994) in bezug auf die Therapie mit einzelnen PatientInnen: Er schildert in verschiedenen Aufsätzen (1992, S. 121 ff.; 1994, S. 5 ff.) seine Arbeit mit einzelnen PatientInnen, die gleichzeitig bei einem/einer anderen TherapeutIn in Therapie sind. Er untersucht die damit verbundenen Schwierigkeiten ebenso wie die positiven und negativen Auswirkungen. Er vergleicht mit dem klinischen Setting, in dem eine einzelne Patientin nicht nur eine Therapeutin hat. Er kommt zum Schluß, daß viele PatientInnen im „interkollegialen Raum“ der Klinik ihre Spaltungen, Loyalitätskonflikte und inneren Spannungen teilweise integrieren können. Deshalb ist er überzeugt, daß ein solches Setting auch im ambulanten Rahmen für viele PatientInnen, vor allem mit einer Borderline-Symptomatik, notwendig ist. Genauso wie es im klinischen Setting zu Spannungen zwischen den beteiligten TherapeutInnen kommt, ist diese Form der Zusammenarbeit von mehreren TherapeutInnen im ambulanten Bereich anspruchsvoll. *Moser* betont die Wichtigkeit, daß die TherapeutInnen sich kennen und sich über die auftauchenden Übertragungen und über ihre Rivalitätsgefühle austauschen.

2.2.2 Die Co-TherapeutInnen sind ein Modell für Beziehungsgestaltung und für den Umgang mit Differenzen und Konflikten.

Im Gruppensetting tritt - wie oben beschrieben - die einzelne Therapeutin für die GruppenteilnehmerInnen deutlicher als Realperson, die verschiedene Rollen verkörpert, in Erscheinung als in der Einzeltherapie. Unterschiede zwischen den Co-TherapeutInnen, z. B. Unähnlichkeit in ihrer Art, in ihren Interventionen werden sichtbar. Die GruppenteilnehmerInnen lernen ein größeres Spektrum an Ausdrucksmöglichkeiten kennen. Sie können erfahren, wie durch die gegenseitige Akzeptanz von Unterschieden (vgl. These 2.1.2) etwas Neues, Gemeinsames entstehen kann, und erfahren die differente Art als Bereicherung. So kann es für einen Menschen, der gelernt

hat, sich möglichst anzupassen, heilsam sein mitzuerleben, wie z. B. eine sehr aktive, lebendige Co-Therapeutin und ein ruhiger Co-Therapeut zusammenarbeiten. Es ist für ein Gruppenmitglied nicht möglich, sich gleichzeitig beiden Co-TherapeutInnen anzupassen. Es kann die Erfahrung machen, daß trotzdem beide Co-TherapeutInnen ihm zugewandt sind und es unterstützen.

Häufig fällt es Gruppenmitgliedern schwer, Konflikte auszuhalten. Sie haben keine Erfahrung damit, daß und wie sich Differenzen und Konflikte positiv auf eine Beziehung auswirken können. Wenn sie miterleben, wie die Co-TherapeutInnen ihre Beziehung gestalten und speziell, daß und wie sie Konflikte bewältigen, erhöht dies wahrscheinlich die Konfliktfähigkeit in der Gruppe und fördert damit auch den Wachstumsprozeß der einzelnen Gruppenmitglieder. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den Co-TherapeutInnen ist unter Berücksichtigung des Gruppenprozesses zu entscheiden, ob und zu welchem Zeitpunkt sie diese *in* der Gruppe diskutieren. Die GruppenteilnehmerInnen erleben durch eine solche Diskussion die TherapeutInnen als unvollkommen und trotzdem stabil, was ihnen vermutlich hilft, mit weniger Angst zu ihrer eigenen Unvollkommenheit zu stehen. Mut machen zu eigenen Entwicklungsschritten kann ihnen evtl. auch eine Co-Therapeutin in Ausbildung. Ein positiver Aspekt dieser Konstellation kann sein, daß die Gruppenmitglieder miterleben, daß auch die Co-Therapeutin in Ausbildung sich während der Dauer der Gruppenarbeit weiterentwickelt, ihre Kompetenzen erweitert und wie sich dadurch auch die Beziehung zwischen den beiden Co-TherapeutInnen verändert.

2.2.3 Durch die Möglichkeit, sich mit zwei TherapeutInnen auseinanderzusetzen, können die Gruppenmitglieder ihre eigene Differenzierungsfähigkeit besser entwickeln.

Wie weiter oben schon erwähnt, sehen die Gruppenmitglieder bei einer co-therapeutisch geleiteten Gruppe unterschiedliche Verhaltensweisen und Kommunikationsstile, die weiterführen können. Die GruppenteilnehmerInnen können selbst beurteilen, was ihnen persönlich besser zusagt. Damit wird die differenzierte Selbst- und Fremdwahrnehmung gefördert.

Genauso, wie ein Kind sich in bestimmten Situationen lieber an die Mutter als an den Vater wendet oder umgekehrt, weil es erfahren hat, daß dieser Elternteil ihm in dieser bestimmten Situation besser entspricht, wird sich ein Gruppenmitglied für die Bearbeitung eines bestimmten Problems die Co-Therapeutin - meistens bewußt - auswählen. Möglicherweise macht es wider Erwarten die Erfahrung, daß die andere Co-Therapeutin - z. B. durch eine Intervention - nochmals einen Schritt weiterhilft, was seine Sicht auf diese Therapeutin verändern kann.

Die Gruppenmitglieder haben zu jeder Therapeutin eine andere Beziehung. Sie identifizieren sich eventuell mit der einen und grenzen sich von der anderen ab. Es ist eines der Ziele der Gruppenarbeit, daß sich solche Konstellationen verändern können. Dies geschieht u.a. dadurch, daß die Therapeutinnen flexibel verschiedene Rollen einnehmen können. So können sie sich z. B. darauf einigen, daß die eine die Rolle der Unterstützenden, die andere die der Konfrontierenden übernimmt. Den Gruppenmitgliedern ermöglicht das bewußte Wahrnehmen der eigenen Reaktion auf diese verschiedenen Haltungen, mehr Facetten der eigenen Persönlichkeit kennenzulernen.

2.2.4 Die Übertragungsmöglichkeiten für die Gruppenmitglieder sind erweitert.

Unabhängig davon, ob die Co-TherapeutInnen von ihrem theoretischen Hintergrund her mit Übertragungsphänomenen arbeiten oder nicht: Übertragungen finden statt. Sie können dann therapeutisch verwertet werden, wenn sie von den TherapeutInnen beachtet und verstanden werden.

Ich habe in der Einleitung auf den Artikel „*Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen*“ von Petzold/Orth (1995) hingewiesen. Dort wird unter „*Perspektive Übertragungsdynamik*“ differenziert zwischen möglichen Übertragungen „*zur Lehrtherapeutin, zum Ko-Therapeuten (wahrscheinlich gemeint: in Ausbildung, Anm. K.K.), zum Therapeutenpaar, zur Gruppe als Ganzes, zur Institution, zwischen den Therapeuten*“ (S.207). Diese Differenzierung gilt m. E. analog, wenn die beiden TherapeutInnen gleichberechtigt arbeiten.

Die Tatsache der Übertragung kann in einer Gruppe rascher an die Oberfläche kommen als in der Einzeltherapie, weil die Reaktionen der einzelnen Gruppenmitglieder auf dieselbe Aussage oder dasselbe Verhalten meistens unterschiedlich sind. Durch co-therapeutische Leitung können Übertragungen nicht nur rascher, sondern auch - vor allem für die betroffene Person - deutlicher hervortreten: „*... transference issues emerge in a more clear-cut form ...*“ (Shaffer/Galinsky 1989, S. 59).

Wenn wir uns Beispiele von Übertragungs-„bildern“ auf das TherapeutInnenpaar vergegenwärtigen, wie: das ideale Elternpaar, der starke Vater/Mann und die schwache Mutter/Frau, der Vater und die Tochter, die Mutter und der Sohn, der Chef und die Sekretärin etc. (vgl. Böttger 1994, S. 122), so ist es leicht vorstellbar, daß die spezifische Konstellation der Co-TherapeutInnen spezielle Übertragungen fördert oder verhindert. Je größer das Rollenrepertoire der Co-TherapeutInnen ist, je flexibler sie sind in der Übernahme verschiedener Rollen, desto unterschiedlicher und vielfältiger sind vermutlich die Übertragungsphänomene, die sie in der Gruppe und bei einzelnen Gruppenmitgliedern auslösen.

2.2.5 Unterschiedliches Geschlecht der Co-TherapeutInnen löst in der Gruppe unterschiedliche Themen aus.

Gegengeschlechtliche Co-TherapeutInnen zeigen - dies in Ergänzung zu den unter These 2.2.2 erwähnten Möglichkeiten der Modellfunktion⁴ der Co-TherapeutInnen - ein Modell für die Beziehung zwischen Mann und Frau. Der Aspekt von Nähe und Distanz erlangt dabei wahrscheinlich besondere Bedeutung. Die „klassische“ Zusammensetzung des TherapeutInnenpaares - Frau und Mann - evoziert am ehesten frühe Familiensituationen. In der Gruppe werden bei dieser Zusammensetzung biographische Themen deshalb meistens manifest.

Das italienische TherapeutInnen-Paar Spagnuolo Lobb und Saloniá haben daraus ein eigenes Modell von Co-Therapie entwickelt: „*Beyond the empty chair*“ (1986). Sie schreiben: „*Specifically, we had the feeling that the patient re-creates within the therapeutic setting the archaic context of reference that is the father-mother-child triangle*“ (S. 3). Sie beachten speziell unter dem Aspekt der Elternrolle, welche Gegenübertragungen bei ihnen ausgelöst werden und sprechen diese in der Gruppe aus. Die dadurch hervorgerufenen Gefühle bearbeiten sie nicht mit Hilfe der „leeren Stühle“, auf die Mutter und/oder Vater gesetzt werden, sondern sie fordern das betreffende Gruppenmitglied auf, in direkten Kontakt mit ihnen (den Co-TherapeutInnen) zu treten. „*Therefore, instead of saying 'Put your parents on the empty chair and speak to them', we have the patient interacting with us. This gives him/her the chance of an actual contact with persons, who are actually present*“ (S. 4). In der Integrativen Therapie werden die Co-TherapeutInnen gemäß der jeweiligen Situation entscheiden, ob sie mit dem „leeren Stuhl“ oder in der direkten Auseinandersetzung arbeiten. Es könnte sein, daß die Konstellation „Elternpaar“ in der Co-Therapie dadurch eine neue Bedeutung erhält, daß immer mehr Kinder mit nur einem Elternteil oder in sogenannten Patchwork-Familien aufwachsen. Durch die gegengeschlechtliche Zusammensetzung des TherapeutInnen-Paares besteht am ehesten die Chance, daß die TeilnehmerInnen neue, ihnen bis jetzt

unbekannte Qualitäten erfahren können, wie z. B. „gütige Väterlichkeit“ und „wohlumgrenzte Mütterlichkeit“ (Böttger 1994, S. 121). Die Konstellation mit gegengeschlechtlichen Co-TherapeutInnen gibt den Gruppenmitgliedern die Möglichkeit, sich jeweils mit der gleichgeschlechtlichen Person zu identifizieren und - dadurch gestärkt und evtl. gestützt - sich mit der gegengeschlechtlichen auseinanderzusetzen und/oder sich ihr zu nähern. Oder umgekehrt: sich von der gegengeschlechtlichen Person Unterstützung zu holen, um sich der gleichgeschlechtlichen zu nähern. (In der psychoanalytischen Terminologie: die Auseinandersetzung mit dem guten und bösen Objekt.) M. E. werden bei gegengeschlechtlich zusammengesetzter Gruppenleitung Unterschiede zwischen Gruppen, die von gleichberechtigten oder nicht gleichberechtigten Co-TherapeutInnen geleitet werden, am ehesten deutlich. Ich habe als Teilnehmerin mehrmals erlebt, daß der Co-Therapeut in Ausbildung von den Gruppenmitgliedern mehrheitlich als älterer Bruder oder als Stiefbruder gesehen wurde. Wahrscheinlich werden die Co-TherapeutInnen seltener als Elternpaar gesehen, wenn eine/r von ihnen in Ausbildung ist. Es werden also andere Themen in den Vordergrund treten und andere Übertragungen stattfinden als bei gleichberechtigten Co-TherapeutInnen. Dies hat gemäß meiner Erfahrung nichts mit einem konkreten Altersunterschied zwischen den beiden zu tun.

In diesen Zusammenhang gehört auch die Tatsache, daß es an manchen Ausbildungsinstituten mehr Lehrtherapeutinnen gibt als Lehrtherapeuten, d. h. daß während der Ausbildung die „Elternkonstellation“ öfter in einer starken Mutter und einem schwächeren Vater oder - wie oben beschrieben - älteren Bruder besteht. Eine besondere Situation ist es, wenn das Therapeutenpaar ein Ehe- und/oder Liebespaar ist. Hier aktualisiert sich vermutlich These 2.1.1, speziell die Aussage „Vorbedingung für eine entwicklungsfähige Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen ist eine Ausgewogenheit zwischen Autonomie und Kooperationsbereitschaft“. Sind die beiden gut abgegrenzt voneinander, können sie wahrscheinlich für viele Gruppenmitglieder ein ideales Elternpaar darstellen oder auch ein Vorbild für die eigene Paarbeziehung sein. Sie können Stabilität vermitteln. Es ist anzunehmen, daß bei einer solchen Leitungskonstellation sexuelle Themen rascher angesprochen werden können und daß eine spürbare erotische Anziehung zwischen den beiden eine offene, lebendige Atmosphäre in der Gruppe evoziert. Sind die beiden aber konfluent, verhindern sie eher Auseinandersetzungen und Differenzierungen mit und zu ihnen und in der Folge vermutlich auch unter den Gruppenmitgliedern. Dazu ein Beispiel aus einer Paar-Gruppe (mitgeteilt in einer Intervision): Eine Frau war verletzt durch das Verhalten der Therapeutin ihr gegenüber außerhalb der Gruppe. Sie wollte diese Situation in der nächsten Gruppensitzung klären. Dazu kam es nicht, weil der Co-Therapeut und Ehemann, obwohl er die Situation nicht miterlebt hatte, seine Frau sofort vor den Angriffen der Gruppenteilnehmerin in Schutz nahm und die Auseinandersetzung verhinderte. Das teilnehmende Paar kam in die Gruppe u. a., weil der Partner Auseinandersetzungen auswich und die Frau sich dadurch oft nicht ernst genommen fühlte. Nach dieser Episode weigerte sich die Frau, weiter an der Paar-Gruppe teilzunehmen. Die Beziehung des Paares brach auseinander.

Wird ein Therapeutenpaar während der gemeinsamen Arbeit zu einem Liebespaar, ist anzunehmen, daß sie zwar gerne zusammenarbeiten, daß die Gruppe aber zu kurz kommt. Es ist naheliegend, daß das Paar sehr mit sich beschäftigt ist und daß die beiden es vermeiden, sich gegenseitig zu kritisieren, auch bezüglich ihrer Arbeit (vgl. *Roller/Nelson* 1993, S.147). Es stellt sich auch die Frage, ob und wie sich evtl. Besonderheiten zeigen bei der Leitung durch ein homosexuelles Paar. Es wäre interessant, der Frage nachzugehen, ob die Reaktionen der Gruppenmitglieder auf die verschiedenen TherapeutInnen-Konstellationen gesellschaftliche Veränderungsprozesse spiegeln, besonders bezüglich des Geschlechterverhältnisses.

2.3 Thesen aus Sicht der Interaktion zwischen den Co-TherapeutInnen und der Gruppe

2.3.1 Die Motivation der Co-TherapeutInnen für die gemeinsame Gruppenleitung beeinflusst die Zusammenarbeit und damit auch das Gruppengeschehen.

Es gibt verschiedenste Beweggründe dafür, in Co-Therapie zu arbeiten. Es kann der Aspekt der Zusammenarbeit mit einem anderen im Vordergrund stehen oder der Aspekt des Vorteils für die Gruppe. Die unter These 2.1.3 genannten weltanschaulichen, politischen und ideologischen Haltungen können bei der Motivation zur Co-Therapie eine Rolle spielen. Der Grund für die Wahl dieser Arbeitsform kann auch abhängig sein von der Gruppengröße, der Gruppenzusammensetzung oder dem Thema der Gruppe. Manchmal ist die Zusammenarbeit nicht freiwillig, sondern sie ist eine Vorgabe, die mit der Arbeitsstelle verknüpft ist (z. B. Klinik), oder die Arbeit als Co-TherapeutIn ist im Rahmen der Ausbildung verlangt. Schwierigkeiten können u. a. auftauchen, wenn sich die beiden vor dem Entscheid zusammenzuarbeiten nicht kennen und auch die Motivation des/der anderen nicht kennen (vgl. These 2.1.2). Vielleicht wählen beide Co-TherapeutInnen diese Arbeitsform aus denselben, vielleicht aber auch aus unterschiedlichen Motiven. Haben beide Co-TherapeutInnen ein ähnliches Interesse an der Zusammenarbeit, muß daraus noch nicht folgen, daß dies für die Gruppe förderlich ist. Es könnte z. B. sein, daß beide co-therapeutisch arbeiten wollen, weil sie sich allein zu unsicher fühlen. Wenn sie dies einander offenlegen und gemeinsam eine Lösung finden (z. B. regelmäßige, häufige Supervision), kann es für alle Beteiligten zu einem positiven Entwicklungsprozeß kommen. Wenn sie sich dies aber nicht mitteilen, könnte es dazu führen, daß die Gruppe gar keine Leiterin hat, die diese Funktion wahrnimmt.

2.3.1a Methodische und praktische Überlegungen

- Den Co-TherapeutInnen ist der Aspekt wichtig, modellhaft eine Beziehungsgestaltung vorzuleben.
- Die Co-TherapeutInnen möchten der Gruppe eine größere Rollenvielfalt und damit mehr Identifikations- und Übertragungsmöglichkeiten bieten.
- Neues, u. a. neue Rollen, kann risikofreudiger ausprobiert werden, weil die andere Co-Therapeutin, wenn nötig, regulierend wirken kann.
- Die Themen- und Interaktionsvielfalt, die zwei TherapeutInnen mitbringen, ist größer.
- Der Beobachtungshorizont ist größer.
- Die beiden TherapeutInnen können ihre Aufgaben teilen, z. B. in der Weise, daß die eine sich auf die direkte Interaktion mit einem Gruppenmitglied konzentriert und der andere die übrigen Gruppenmitglieder im Auge hat. (Diese Form der Aufgabenteilung kann besonders angezeigt sein, wenn ein Gruppenmitglied in einer Krise ist und eine der Co-TherapeutInnen mit ihm arbeitet. Eine solche Arbeitsteilung kann nötig sein in einer Gruppe von TeilnehmerInnen mit wenig Ich-Struktur, die das Setting nicht einhalten können. Ich erinnere mich an Gruppensitzungen in der Klinik, in der die Co-Therapeutin (jeweils eine Krankenschwester) oft damit beschäftigt war, PatientInnen, die den Gruppenraum verließen, zurückzuholen oder evtl. auf die Abteilung zurückzubringen.)
- Es ist möglich, die Gruppe in zwei geleitete Untergruppen aufzuteilen. Es kann z. B. sinnvoll sein, daß für eine Sequenz die Frauen und die Männer getrennt arbeiten.
- Eine besondere Form der Aufgabenteilung könnte mit der Möglichkeit der Beobachtung mit Hilfe des Einweg-Spiegels wahrgenommen werden.
- Die Kontinuität der Gruppe ist auch bei Krankheit oder Ferien eines Leiters gewährleistet.

2.3.1b Beziehungsaspekte

Die Co-TherapeutInnen haben den Wunsch zur Zusammenarbeit wegen des Lerneffekts für sie selber oder wegen der Möglichkeit zur gegenseitigen Unterstützung.

Lerneffekt durch Beobachten und Feedback: Die Wechselwirkung von Arbeit und Lernen kann bei dieser Arbeitsweise hoch sein; Anteile von Live-Supervision können enthalten sein; durch die Zusammenarbeit können sich erweiterte Perspektiven ergeben; andere Therapie- und Interventionsstile können kennengelernt werden; der eigene Arbeitsstil kann diskutiert und überprüft werden.

Unterstützung und Austausch: Auf dem Hintergrund des in der Gruppe gemeinsam Erlebten können Fragen gemeinsam besprochen werden. Durch Austausch können sich Sichtweisen verändern (vier Augen und Ohren sehen und hören mehr als zwei); Anerkennung und Würdigung der Arbeit durch eine Kollegin kann hilfreich sein. Dieser Effekt kommt besonders zum Tragen, wenn die Gruppe gegenüber einer Leiterin im Widerstand ist; Verantwortung kann - bei gleichberechtigten Co-TherapeutInnen - gemeinsam getragen werden; Freude und Enttäuschung können geteilt werden; gegenseitige Unterstützung und Ergänzung ist möglich; in kritischen Gruppensituationen kann eine zweite Therapeutin Stabilität geben; die Co-TherapeutInnen haben den Wunsch, den Umgang mit ihrer Macht, den Einfluß auf die Gruppe aufmerksam zu beobachten und sich gegenseitig zu „kontrollieren“.

2.3.1c Motivation

Folgende Fragen sollten die Co-TherapeutInnen beachten, um ihre Motivation zur co-therapeutischen Arbeit und für die Wahl einer bestimmten Co-TherapeutIn zu klären:

- Was für Erwartungen habe ich an meine Co-Therapeutin?
- Erhoffe ich mir Unterstützung, in welchen Punkten?
- Wieviel Ähnlichkeit oder Verschiedenheit ist für die Gruppe förderlich?
- Schränkt große Ähnlichkeit die Möglichkeiten für die Gruppe ein?
- Könnten große Unterschiede zu Konflikten führen, die zu viel Aufmerksamkeit von der Gruppe „abziehen“?
- Müssen die beiden TherapeutInnen denselben theoretischen Hintergrund haben?

Zur Illustration einer positiven Auswirkung von Unterschieden zwischen den Co-TherapeutInnen folgendes Beispiel: Ich habe in einer Gruppe mit ungefähr gleichviel deutschen und Schweizer TeilnehmerInnen, die ich mit einer deutschen Therapeutin leitete, die Erfahrung gemacht, daß es für uns und die Gruppe hilfreich war, daß auch bei uns die beiden Kulturen vertreten waren. In der Gruppe war ein Konflikt entstanden, der vorerst weder von den Gruppenmitgliedern noch von uns verstanden wurde. In der Nachbesprechung zu der Sitzung ging es uns ähnlich: Wir verstanden einander nicht, redeten „aneinander vorbei“, bis uns bewußt wurde, daß es sich zwischen uns um ein sprachliches Mißverständnis handelte. Wir realisierten, daß der Konflikt in der Gruppe auf dem Hintergrund von sprachlicher und kultureller Verschiedenheit zu verstehen war.

2.3.2 Jedes Gruppengeschehen ist sehr komplex und wird durch co-therapeutische Leitung noch komplexer. Um das Bezugsgeschehen in der Gruppe genügend verstehen zu können, muß das Bezugsgeschehen zwischen den Co-TherapeutInnen laufend reflektiert werden. Dies kann mit Hilfe von Konzepten und eventuell von Supervision geschehen.

2.3.2a Zur Komplexität des Gruppengeschehens

Die möglichen Beziehungen in der Gruppe vervielfachen sich dadurch, daß zwei TherapeutInnen die Gruppe leiten. Damit vervielfachen sich auch die Übertragungen. Dies kann den Vorteil haben, daß komplexe Übertragungsmuster hervorgerufen und sichtbar werden. Durch die Vielfalt von Beziehungsmöglichkeiten werden Neustrukturierungen von komplexen Mustern möglich. Einen Aspekt dazu illustriere ich im Folgenden anhand einer Sequenz aus der unter These 2.1.3 erwähnten Therapiegruppe in einer Strafanstalt:

Als Frau hatte ich in einer reinen Männergruppe und in einer Institution, in der fast keine Frauen arbeiten, eine Sonderstellung. Anfänglich hatte ich große Schwierigkeiten, meine Position zu finden. Wie diese Männer mit mir, war auch ich unsicher im Umgang mit ihnen. Die Übertragungen auf mich waren sehr unterschiedlich: die Mutter, die man vor dem stärkeren Vater beschützen wollte, das ersehnte Sexualobjekt, die Helfende, die sie ablehnten usw. Die Teilnehmer waren mir von der Schicht oder Lebensweise her fremd. Es war sehr hilfreich, daß ich mit meinem Kollegen offen über meine Unsicherheit sprechen konnte und daß wir gemeinsam einen Weg fanden, wie er mich unterstützen konnte, ohne mich zu schwächen. Der „Durchbruch“ in der Gruppe kam dann, als mein Kollege zweimal hintereinander abwesend war und ich die Gruppe allein leitete. Zwar war dies bei mir mit Angst verbunden (es waren gewalttätige Männer und sogenannte Schwerverbrecher in der Gruppe), aber die Möglichkeit, dadurch eine andere Position in der Gruppe zu bekommen, ließ mich die Angst überwinden. Ich wurde in der Folge nicht nur in den eben erwähnten „Frauen“-rollen gesehen, sondern auch in der Rolle als Gruppenleiterin akzeptiert. Nach dessen Rückkehr begannen sich die Gruppenteilnehmer mit meinem Kollegen auseinanderzusetzen. Dies war für mich angenehm: Ich war jetzt für die Gruppenmitglieder die starke, selbständige Mutter und die begehrte Frau (nicht nur als Sexualobjekt). Diese Dynamik hätte leicht zu einem Machtkampf und zu Rivalität zwischen meinem Kollegen und mir führen können. In der Supervision wurde dies früh erkannt. Wir konnten der Gruppe unsere gegenseitige Achtung zeigen und zu unserer Unterschiedlichkeit stehen. Wahrscheinlich haben diese Aspekte dazu beigetragen, daß einige Gruppenteilnehmer sich selber und anderen gegenüber ehrlicher wurden, daß sie eingenommene Rollen in Frage stellten und neue Rollen und Verhaltensweisen ausprobieren konnten. Dies zeigte sich in der Gruppensituation vor allem in der Veränderung im Umgang mit mir und wurde auch deutlich in Schilderungen von Urlaubserlebnissen. Wenn die Co-TherapeutInnen speziell ihre Beziehung und deren Entwicklung von Anfang an „im Auge haben“ und reflektieren, können sie Übertragungen zwischen sich früh erkennen, und sie belasten die Gruppe nicht damit. Diese Reflexion ist wichtig, weil die Entwicklung der Beziehung und mögliche Übertragungen zwischen den Co-TherapeutInnen etwas vom Geschehen in der Gruppe widerspiegeln können. Mit dieser These wird deutlich, daß reflektierte Offenheit zwischen den Co-TherapeutInnen eine sehr wichtige Voraussetzung einer für alle Beteiligten gewinnbringenden Arbeit ist. Wenn jede der Co-Therapeutinnen ihre Gefühle und Gedanken selbst wahrnimmt und ausdrückt, können sie auch von der anderen Co-Therapeutin wahrgenommen und verstanden werden.

Die Beziehung der Co-TherapeutInnen und damit das Gruppengeschehen werden auch durch institutionelle Einbindungen und Hierarchien beeinflusst. Dies gilt speziell für die Konstellation: Lehrtherapeutin und Therapeutin in Ausbildung. Damit solche Tatsachen die Zusammenarbeit möglichst wenig belasten, sollten sie offengelegt und die damit verbundenen Schwierigkeiten benannt werden. Manchmal können solche Schwierigkeiten unauflösbar und damit Co-Therapie in dieser Konstellation kontraindiziert sein. Ich verweise speziell auf den Aufsatz „Das mehrper-

spektivische Gruppenmodell im ‚Integrativen Ansatz‘ der Gestalttherapie“. Hier wird in einem ausführlichen Beispiel u. a. die Komplexität des Geschehens deutlich aufgezeigt. Es werden parallel drei Perspektiven protokolliert: 1. das Gruppengeschehen, 2. die Betrachtung, Gefühle und Überlegungen der in dieser Sitzung aktiveren Therapeutin und 3. die Betrachtung, Gefühle und Überlegungen des Therapeuten, der in der exzentrischen Position ist (vgl. *Frühmann* 1986, S. 271 ff.).

2.3.2b Mögliche Konzepte zur Reflexion des Beziehungs- und des Gruppengeschehens: Konzepte für diese Reflexion könnten abgeleitet werden aus wichtigen Konzepten des jeweiligen Verfahrens.

aa) Psychoanalyse: Die Co-TherapeutInnen einer psychoanalytisch geführten Gruppe könnten sich z. B. am psychoanalytischen Entwicklungsphasenmodell orientieren. Sie beobachten eventuell, daß sie in der Anfangsphase der Zusammenarbeit gegenseitig abhängig und bedürftig sind und eine Tendenz zur Symbiose haben. Die Identitätsfindung als Co-TherapeutInnenpaar kann sie evtl. verunsichern und deshalb dazu führen, daß sie Unterschiede verleugnen. Alle diese Tendenzen können sich parallel in der Gruppe zeigen.

bb) Psychodrama: Ein interessantes Beispiel des Prozesses einer co-therapeutisch geleiteten Psychodramagruppe und parallel dazu der Entwicklung der Beziehung der beiden TherapeutInnen ist zu finden in der schon erwähnten Arbeit von *Büscher/Sturm* (1992). Die AutorInnen gehen von fünf Entwicklungsphasen aus. Sie beschreiben von jeder Phase zuerst ihre je persönliche Sicht- und Erlebensweise und anschließend den Gruppenprozeß, den sie in Zusammenhang setzen mit ihrer individuellen und gemeinsamen Entwicklung.

cc) Integrative Therapie: Für die Reflexion von co-therapeutisch geleiteten Gruppen in der Integrativen Therapie können folgende Konzepte (s. Kap. 4) hilfreich sein: das Ko-respondenzmodell, das Modell der Gruppe in der Integrativen Therapie, das Rollenmodell, das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung, das schon erwähnte Modell der Mehrperspektivität, und das Modell der Gruppenprozeßanalyse. Ich habe hier bewußt das Ko-respondenzmodell an den Anfang gestellt, weil es „als Kernstück in der Metatheorie der Integrativen Therapie“ (*ZAK-Theo* 1991) m. E. eine gute Grundlage für die gemeinsame Reflexion sein kann. Im erwähnten Artikel „Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen“ (*Petzold/Orth* 1995, S. 197 ff.) ist der Akzent auf die Beobachtung von 14 verschiedenen Perspektiven gesetzt, die differenziert aufgelistet werden. Sie sollen als Raster verstanden werden. Die praktische Umsetzung geschieht auf dem Hintergrund der „wesentlichen Referenztheorien des Integrativen Ansatzes“ (S. 201). Mehrperspektivität, die durch atmosphärisches und szenisches Erfassen und Verstehen möglich wird, kann ein „Instrument“ sein, um ein Gruppengeschehen zu verstehen, um seinen Sinn zu erfassen (vgl. *Frühmann* 1986).

2.3.2c Supervision

Supervision ist m. E. immer förderlich und hilfreich, wenn auch nicht immer nötig. Angezeigt scheint sie mir dann, wenn der Prozeß in der Gruppe und/oder zwischen den beiden TherapeutInnen stagniert. Eine Person aus exzentrischer Position kann etwas vom Geschehen zwischen den Co-TherapeutInnen und in der Gruppe wahrnehmen, was den direkt Beteiligten z. Z. nicht möglich ist. Dazu folgendes Beispiel aus meiner Erfahrung: Mit einem Kollegen, den ich aus einer Arbeitsgruppe zum Thema Suchtprävention kannte, leitete ich eine Gruppe für LehrerInnen zu diesem Thema. Wir kannten einander gut und wußten voneinander, daß wir grundsätzlich die gleichen theoretischen Annahmen bezüglich des Themas hatten. Obwohl wir von

verschiedenen Therapie-Verfahren her kamen, gingen wir vom selben Menschenbild aus. Mein Kollege hatte eine Ausbildung in systemischer Paar- und Familientherapie und hat einige Seminare am FPI besucht. Umgekehrt hatte ich an Seminaren in „seinem“ Ausbildungsinstitut teilgenommen. Zweimal sind wir in der Gruppe an Schwierigkeiten gestoßen in dem Sinn, daß der Gruppenprozeß blockiert war, die TeilnehmerInnen mit Widerstand reagierten. Wir konnten diese Blockierung nicht auflösen und verstanden sie auch in unserem folgenden Austausch nicht. Erst in der Supervision wurde deutlich, daß wir - aufgrund unserer unterschiedlichen Konzepte - mit unseren Interventionen nicht dasselbe Ziel verfolgten. Dies war vordergründig nicht zu hören. Hilfreich war in diesem Fall besonders, daß der Supervisor beide theoretischen Konzepte kannte.

Sind die Leiterinnen Lehrtherapeutin und Ausbildungskandidatin oder arbeiten sie in derselben Institution, scheint es mir wünschenswert, daß die Supervisorin nicht mit dieser Institution verbunden ist oder zumindest nicht in einer qualifizierenden Funktion steht.

2.3.2d Bei der Reflexion des Gruppengeschehens zu berücksichtigende Fragen: Zusammenfassend nenne ich Fragen, die bezüglich der Komplexität des Gruppengeschehens bei co-therapeutischer Leitung speziell zu beachten sind:

- Welche Übertragungsmuster werden in der Gruppe sichtbar? Erkennen die Co-TherapeutInnen diese Muster evtl. auch zwischen sich? Können sie diese verändern?
- Welche Neustrukturierungen - ausgehend von den erkannten Übertragungsmustern - können initiiert werden?
- Auf welche theoretischen Konzepte - identische und unterschiedliche - stützen sich die beiden Co-TherapeutInnen, worauf beziehen sie sich in der konkreten Situation?
- Ist eine institutionelle Verstrickung im Spiel? Ist diese beiden Co-TherapeutInnen bekannt? Ist es sinnvoll, sie auch den Gruppenmitgliedern transparent zu machen?

2.3.2d Bei der Reflexion des Gruppengeschehens zu berücksichtigende Fragen: Zusammenfassend nenne ich Fragen, die bezüglich der Komplexität des Gruppengeschehens bei co-therapeutischer Leitung speziell zu beachten sind:

- Welche Übertragungsmuster werden in der Gruppe sichtbar? Erkennen die Co-TherapeutInnen diese Muster evtl. auch zwischen sich? Können sie diese verändern?
- Welche Neustrukturierungen - ausgehend von den erkannten Übertragungsmustern - können initiiert werden?
- Auf welche theoretischen Konzepte - identische und unterschiedliche - stützen sich die beiden Co-TherapeutInnen, worauf beziehen sie sich in der konkreten Situation?
- Ist eine institutionelle Verstrickung im Spiel? Ist diese beiden Co-TherapeutInnen bekannt? Ist es sinnvoll, sie auch den Gruppenmitgliedern transparent zu machen?

3. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

In der Einleitung habe ich folgende Sätze zitiert, die mich durch ihre Unterschiedlichkeit bestärken, meinen Fragen nachzugehen: „*Der Lohn der Co-Therapie ist gewaltig. Die Herausforderungen sind groß. Wenn die zwei Therapeuten übereinstimmen, sich in authentischer Wechselseitigkeit zu engagieren, ist der Nutzen für Patienten wie für Therapeuten gewaltig*“ (Rosenbaum 1971, S. 272). „*Zuletzt wurde dies in einer umfassenden Auswertung der Ko-Therapie-Studien bestätigt, daß dieses Unternehmen so kompliziert ist, daß es auch vom erfahrensten Therapeuten das*

Höchste abverlangt, ohne ihm dabei echte Vorteile zu gewähren“ (Salvendy 1984, S. 234). Um diese Aussagen beurteilen zu können, müssen m. E. zuerst folgende Fragen geklärt werden: Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit co-therapeutisches Arbeiten erfolgreich sein kann? Welches sind Vorteile, welches Nachteile dieser Arbeitsform?

Ich werde nun versuchen, auf Grund der diskutierten Thesen zusammenfassende Antworten auf diese Fragen zu formulieren. Dann werde ich eingehen auf die spezielle Problematik der Konstellation: TherapeutIn in Ausbildung - AusbilderIn oder LehrtherapeutIn. Im weiteren betrachte ich einzelne Konzepte der Integrativen Therapie in Bezug auf ihre Bedeutung für Co-Therapie. Zum Schluß nenne ich meine Ideen für eine Regelung von Co-Therapie in der Konstellation: Co-TherapeutIn in Ausbildung und AusbilderIn.

3.1 Voraussetzungen für erfolgreiche Co-Therapie

Mit „erfolgreich“ habe ich in erster Linie die Gruppenmitglieder im Auge. Wie mehrfach erwähnt, gehe ich von Wechselwirkungen zwischen GruppenteilnehmerInnen und Co-TherapeutInnen aus. Für die Co-TherapeutInnen kann die gemeinsame Arbeit zum Erfolg werden, wenn sie ihnen Zufriedenheit und einen Lerneffekt verschafft. Für die GruppenteilnehmerInnen wird „Erfolg“ unterschiedliche Inhalte haben, abhängig vom Grund ihrer Teilnahme an der Gruppe.

Wie ich in These 2.1. formuliert habe, wird die Beziehung und die Entwicklung der Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen zu einem entscheidenden Faktor für Veränderungen und Heilungsprozesse. Zu einer guten und entwicklungsfähigen Beziehung gehören: Autonomie und Kooperationsbereitschaft der Co-TherapeutInnen, Ausgewogenheit von Nähe und Distanz, ein bestimmter Grad an gegenseitiger Akzeptanz und Achtung und die Bereitschaft, sich mit Macht-, Rivalitäts- und Konkurrenzproblemen auseinanderzusetzen. M. E. muß mit der Motivation zur co-therapeutischen Gruppenleitung - soll sie erfolgreich sein - die Bereitschaft einhergehen zur gemeinsamen Reflexion, und dies bedeutet die Bereitschaft, genügend Zeit für Besprechungen aufzuwenden. Dieser Austausch sollte schon vor Beginn der Arbeit mit der Gruppe beginnen, u. a. mit der Klärung der gegenseitigen Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche. Für die Arbeit eines nicht gleichberechtigten TherapeutInnen-Paares kann z. B. deutlich werden, daß die Lehrtherapeutin gerne in der aktiven Position ist und die Lernende als Beobachterin des Gruppenprozesses schätzt. Vielleicht entspricht dies genau den Wünschen dieser Co-Therapeutin, die selbst in der Gruppe nicht aktiv intervenieren möchte. Ich vermute, daß es keine Konstellationen gibt, die für sich positiv oder negativ sind. Ich vermute vielmehr, daß es darauf ankommt, daß beide TherapeutInnen die jeweils eigene Position darlegen und zu ihr stehen können und daß sie mit der Position der anderen einverstanden sind. Selbstverständlich können sich solche Positionen im Verlauf der gemeinsamen Arbeit verändern. Ich ergänze meine bisherigen Ausführungen hier mit Ergebnissen aus der Umfrage von *Roller/Nelson* (1993), aus *Yalom* (1989), *Heising/Wolff* (1976) und *Paulson et al.* (1976).

(1) „*Komplementäres Gleichgewicht der Kompetenz*“ (*Roller/Nelson* 1993, S. 92): Die Handlungen der Co-TherapeutInnen sollten sich gegenseitig ergänzen (z. B. kann eine durch ihre humorvolle Art eine lockere Atmosphäre schaffen, während der andere mit seiner umsichtigen Sorgfalt Sicherheit und Ernsthaftigkeit vermittelt (vgl. *Roller/Nelson* 1993, S. 92 f.). Es ist wichtig, daß die Co-TherapeutInnen jeweils die Stärken der anderen ausnützen (*Yalom* 1989, S. 400) und diese unterstützen. Günstig scheint eine „*ergänzende Gegensätzlichkeit*“ der Co-TherapeutInnen zu sein, damit ist gemeint, daß sie sich nahe fühlen, einander aber unähnlich sind (*Yalom* 1989, S. 401).

(2) „*Vereinbarkeit der theoretischen Ansätze*“ (Roller/Nelson 1993, S. 93): Es ist denkbar, daß zwei TherapeutInnen zusammenarbeiten, von denen eine oft körpertherapeutisch interveniert, während die andere diese Methode nicht anwendet, aber sie versteht und dahinterstehen kann. Hingegen scheint mir die Zusammenarbeit nicht möglich, wenn die beiden Co-TherapeutInnen z. B. unterschiedliche Auffassungen haben über den Umgang mit Übertragungspänomenen, d. h. wenn die eine z. B. vorzugsweise mit der Übertragung arbeitet, diese sogar fördert, während die andere die Übertragung rasch auflösen und die reale Beziehung in den Vordergrund stellen will. „*Eine Untersuchung an 42 Ko-Therapie-Teams brachte ans Licht, daß die häufigste Quelle der Unzufriedenheit mit der Ko-Therapie unterschiedliche theoretische Ausrichtungen waren*“ (Yalom 1989, S. 400).

(3) „*Offenheit der Kommunikation*“ (Roller/Nelson 1993, S. 96 ff.) :Offenheit ist besonders wichtig betreffend „(1) die Vorbereitung einer Sitzung; (2) die Sitzung selbst; (3) das Feedback nach einer Sitzung bzw. die Nachbesprechung; (4) Informationen aus der Privatsphäre, die sich auf die Psychotherapie auswirken oder auch nicht.“ Gemäß Heising/Wolff (1976) hat die Nachbesprechung, die sich unmittelbar an jede Sitzung anschließen sollte, zentrale Bedeutung für die Erhaltung und Weiterentwicklung der Kooperationsfähigkeit (S. 46).

(4) „*Ausgeglichene Beteiligung*“ (Roller/Nelson 1993, S. 101): Roller/Nelson (1993) meinen damit, daß die Leitung gleichberechtigt aufgeteilt ist. Dazu gehört, daß die Co-TherapeutInnen die Verantwortung für Entscheidungen teilen, resp. gemeinsam übernehmen und daß sie sich gleichermaßen aktiv engagieren (im Rahmen ihrer Eigenart). Ein Ausdruck dieser Ausgeglichenheit kann sein, wenn sie ihre gegenseitige Anerkennung während einer Sitzung ausdrücken.

(5) „*Wechselseitige Sympathie*“ (Roller/Nelson 1993, S. 104): Yalom (1989) drückt dies folgendermaßen aus: „*Es ist wichtig, daß die beiden Gruppenleiter sich miteinander behaglich fühlen und offen zueinander sein können*“ (S. 400). Heising/Wolff (1976) zitieren Weinstein, der in diesem Punkt noch prägnanter ist: „*Das bedeutet nicht, daß jeder Kollege, den man mag, ein potentieller Kotherapeut ist. Es bedeutet vielmehr, daß jeder Kollege, den man ‚nicht‘ mag, als Kotherapie-Partner nicht in Frage kommt*“ (zit. in Heising/Wolff S. 29).

(6) „*Respekt*“ (Roller/Nelson 1993, S. 105): Roller/Nelson (1993) sind der Meinung, daß gegenseitiger Respekt eine weitere Voraussetzung für längerfristige erfolgreiche Co-Therapie ist. Sie können sich ausnahmsweise und für eine kürzere Zusammenarbeit vorstellen, daß jemand sich eine/einen Co-Therapeutin/Co-Therapeuten wählt, ohne sie/ihn zu respektieren, auf Grund der speziellen fachlichen Fähigkeiten dieser Person.

(7) Bereitschaft, genügend Zeit für Besprechungen zu investieren: Yalom (1989) fordert dies als einen wesentlichen Bestandteil „*der Arbeit eines guten Ko-Therapie-Teams ... Sie brauchen mindestens einige Minuten vor jeder Sitzung ..., ebenso 15 - 20 Minuten am Ende ...*“ (S. 402).

(8) Paulson et al. (1976) nennen in ihrer erwähnten Untersuchung (vgl. S. 7) als Resultat einer Fragebogenauswertung drei Bereiche, über die zwischen den Co-TherapeutInnen Klarheit bestehen sollte: „*The findings suggest that before entering into a cotherapy relationship, the two therapists should discuss in depth their basic theoretical beliefs, ways of identifying and handling problems, and how active or inactive they believe each therapist should be*“ (Paulson et al. 1976, S. 224).

Besonders erwähnt werden Kriterien, die nicht wesentlich dazu beitragen, daß Co-Therapie gut verläuft. So scheint es keine Rolle zu spielen, ob die Co-TherapeutInnen gleich viel therapeu-

tische Erfahrung mitbringen oder nicht. Es kommt - wie unter These 2.1.2 und im Zitat von *Satir* erwähnt- vielmehr darauf an, daß sie sich ihrer Fähigkeiten und Grenzen bewußt sind. Auch der Altersunterschied zwischen den Co-TherapeutInnen scheint kein Kriterium zu sein für den Erfolg der gemeinsamen Arbeit (vgl. *Roller/Nelson* 1993, S.269). M. E. ist es aber wichtig - wie in These 2.2.4 angeführt -, daß die Co-TherapeutInnen darauf achten, welche speziellen Übertragungen ihre Konstellation (Alter, Geschlecht, Erfahrung etc.) auslösen kann.

3.2 Vorteile und Nachteile

In den beiden folgenden Tabellen fasse ich die in meinen Thesen erarbeiteten Vor- und Nachteile zusammen und ergänze sie mit den entsprechenden Aussagen von *Bill Roller* und *Vivian Nelson* (1993), einem Ehepaar, beide Paar- und FamilientherapeutInnen, *Gerd Heising* und *Eike Wolff* (1976) (*Heising* ist Psychiater und Psychoanalytiker, Gruppentherapeut und Gruppendynamiker, *Wolff* ist Psychologin und Soziologin), *Irvin D. Yalom* (1989), Psychiater, Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeut. In der Zusammenstellung wird optisch sichtbar, daß auf Grund meiner Überlegungen die Vorteile überwiegen.

3.3 Spezielle Probleme bei nicht gleichberechtigten Co-TherapeutInnen - insbesondere in der Ausbildungssituation

In der Diskussion meiner Thesen bin ich grundsätzlich ausgegangen von gleichberechtigten Co-TherapeutInnen. Dort wo m. E. zu nicht gleichberechtigten Co-TherapeutInnen wesentliche Unterschiede zu beachten sind, habe ich jeweils darauf hingewiesen. Diese wichtigsten Punkte fasse ich im folgenden zusammen: In der Konstellation von nicht gleichberechtigten Co-TherapeutInnen ist m.E. Offenheit in der Kommunikation eine noch wichtigere Voraussetzung für die Zusammenarbeit als bei gleichberechtigten. Diese Offenheit sollte beinhalten, daß sich die Co-TherapeutInnen über ihre Kompetenzen austauschen. Oft ist es so, daß die Co-Therapeutin in Ausbildung eine schon lange als Therapeutin tätige und anerkannte Person ist, vielleicht auch einige Erfahrung im Leiten von Gruppen hat. Sind die beiden TherapeutInnen je mit ihren Rollen betreffend ihre Zusammenarbeit einverstanden? „Zuerst kommt die Fähigkeit, mit sich selbst kongruent zu sein. Das heißt, ich weiß, was ich weiß und was ich nicht weiß. Wenn Du etwas weißt, was ich nicht weiß, kann ich vielleicht davon lernen“ (*Satir* in *Roller/Nelson* 1993, S. 248). „Es hängt davon ab, wie man innerlich mit sich selbst übereinstimmt und in welchem Maße man sich selbst achtet. Die Klarheit ist der entscheidende Punkt. Persönliche Klarheit ermöglicht Gleichheit in dem Sinne, daß Menschen gleichwertig sind, auch wenn sich ihr sozialer Status unterscheidet“ (a. a. O. S. 250). M. E. gehört weiter zu dieser Offenheit und Kongruenz, daß der Gruppe gegenüber von Anfang an transparent gemacht wird, welchen Status die Co-TherapeutInnen je haben.

Wie ich unter These 2.1. erwähnt habe, ist die Machtverteilung implizit problematisch in dieser Konstellation und muß zwischen den Co-TherapeutInnen offengelegt und immer im Auge behalten werden, damit der Gruppenprozeß dadurch nicht negativ beeinflusst wird. Besonders schwierig kann, muß es aber nicht sein, wenn die beiden sich aus einer früheren Ausbildungssituation schon kennen und frühere Übertragungsmuster wieder aufleben (vgl. These 2.1.2).

Ich habe aufgezeigt, daß es für die GruppenteilnehmerInnen positiv sein kann, wenn sie miterleben, wie die Co-Therapeutin in Ausbildung selbst wächst, in diesem Sinn mächtiger wird (vgl. These 2.2.2). Es ist daran zu denken, daß diese Konstellation spezifische Übertragungsbilder

bei den Gruppenmitgliedern wachrufen kann (vgl. These 2.2.4). Eine Schwierigkeit kann entstehen, wenn die Co-Therapeutin in Ausbildung mehr mit sich, ihrer Position in der Gruppe und der Lehrtherapeutin gegenüber beschäftigt ist, als daß sie sich auf die Prozesse in der Gruppe konzentriert. So könnte es dazu kommen, daß sie der Gruppe nicht zur Verfügung steht. Einen weiteren Punkt habe ich oben unter „Nachteile“ aufgeführt: Wenn die Co-Therapeutin in Ausbildung noch recht inkompetent ist, kann dies die Gruppenmitglieder - in Identifikation mit ihr - entmutigen und in ihrem Wachstumsprozeß hindern (vgl. Heising/Wolff 1976, S. 134).

Äußerst kritisch ist folgende Aussage: *„Im Gegensatz zur allgemeinen Ansicht ist die Co-Therapie keine leichte Technik. Sie erfordert eine beträchtliche Reife auf Seiten beider Gruppenleiter und sie sollte vorsichtig und mit erfahrenen Therapeuten angewandt werden. Den Patienten gegenüber scheint es unfair, die Co-Therapie zur Ausbildung von Therapeuten zu benutzen. Und die Praxis, Co-Therapeuten zur Ausbildung von Gruppentherapeuten heranzuziehen, ignoriert die komplexen Fragen der Gruppentherapie - die vielen Beziehungen und die komplexen Übertragungsprobleme“* (Rosenbaum 1971, S. 252). Meine eigenen Erfahrungen und die hier vorliegende theoretische Auseinandersetzung lassen mich diese negative Sicht von Co-Therapie als eine Möglichkeit von Ausbildung nicht teilen. Aber meine Gedanken und Fragen lassen mich zum Schluß kommen, daß diese Konstellation immer mit besonderen Problemen verbunden ist und besonderer Vorsicht bedarf. Meine Überlegungen dazu sind in Kapitel 5 dargelegt.

4. WICHTIGE KONZEPTE DER INTEGRATIVEN THERAPIE UND IHRE BEDEUTUNG FÜR CO-THERAPIE

4.1 Das Ko-respondenzmodell

Das Wort „Ko-respondenz“ deutet darauf hin, daß es hier um ein „Mit“ und um „Antwort“, d. h. daß es um eine Form von Austausch geht. Dabei steht die Beziehung der Ko-respondierenden im Mittelpunkt und ist existentiell. Die Definition von Petzold (1991a) lautet: *„Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozeß direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene über Sachverhalte oder Themen unter Einbeziehung des jeweiligen Kontext/Kontinuums.“* *„Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen und für diese zur Grundlage von Kooperation werden.“* *„Scheitern von Ko-respondenz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Krieg“* (Petzold 1991a, S. 55).

Das Ko-respondenzmodell ist für das Verständnis der Integrativen Therapie grundlegend. Es ist „das Kernstück in der Metatheorie der Integrativen Therapie, das bis in die Praxeologie hinein bestimmend wird“ (Petzold 1992a, S. 482). Ko-respondenz ist nicht denkbar ohne „Intersubjektivität“. Intersubjektivität ist eine Beziehungsmodalität, die das „Sein“ in den Vordergrund stellt, im Gegensatz zur Objektbeziehung: „Haben“ und zu einer sachlich-funktionalen Beziehung: „Machen“. (Dies ist explizit eine andere Terminologie als die der Psychoanalyse.)

Die Ausgestaltung der Intersubjektivität in der Integrativen Therapie gründet auf der Intersubjektivitätstheorie von G. Marcel, dem dialogischen Prinzip von M. Buber und dem interaktionistischen Ansatz von G. H. Mead (Petzold 1991a, S. 58). Ich und Du existieren aus der wechselseitigen Bezogenheit. Sie sind unlösbar miteinander verbunden durch Emotionen, Affekte und auch durch ihre Machtstrukturen und Abhängigkeiten. Trotzdem ist der Andere anders und fremd (vgl. den Begriff der „Illeität“ bei Lévinas). *„Affirmiert Buber, daß das Du wichtig ist, fordert*

Marcel den grundsätzlichen Respekt vor dem Anderen als Grundlage der Möglichkeit intersubjektiver Begegnung, so stellt Lévinas mit der Betonung der Radikalität der Andersheit das Intersubjektivitätsprinzip an der Stelle in Frage, wo es in Gefahr steht, in eine harmonisierende Bemächtigung zu verfallen" (Petzold 1996, S. 343). Intersubjektivität ist nicht „einfach“ vorhanden. Sie wird gefördert durch das, was sie gerade ausmacht: Vertrauen, Offenheit und Authentizität. Voraussetzungen dafür sind, daß die Integrität jedes Menschen respektiert wird und daß Menschen ihre „persönliche Souveränität“ - als Ausdruck „umfassender Freiheit“, als „Vefüggungsgewalt über sich selbst“ -, entwickeln können, aus der „Integrität, Selbstsicherheit, Standfestigkeit, Führungsqualitäten, fundierte Kollegialität, Dialogfähigkeit, Besonnenheit, verantwortetes Handeln erwachsen“ (Petzold in Slembek/Geissner 1998). Ohne Intersubjektivität gibt es keinen Kontakt, keine Begegnung, Beziehung oder Bindung. Intersubjektivität ist in unterschiedlicher Intensität möglich oder - bei Menschen mit frühen Störungen (multipler Entfremdung) - zumindest zeitweise nicht möglich. In der Integrativen Therapie arbeiten wir in diesem Fall mit „unterstellter Intersubjektivität“ (vgl. Petzold 1991a, S. 58 ff. und 1993a, S. 1079 ff.).

Im Ko-respondenzprozeß wirken vier Elemente zusammen: „1. das Ich, die Person, 2. die intersubjektive Konstellation ego mit alter (= Du, Gruppe), 3. das Thema, 4. die konkrete Situation, d. h. der historische, ökonomische, politische und ökologische Kontext mit der aktuellen, historischen und prospektiven Kontinuumsdimension“ (Petzold 1991a, S. 55). Mit diesen vier Ebenen wird der Einfluß der System- und der Feldtheorie auf die Integrative Therapie sichtbar (vgl. Frühmann 1986, S. 259). Um den Ko-respondenzprozeß zu verstehen, sollten alle diese vier Elemente jeweils im Auge behalten und berücksichtigt werden. So stellt sich beim Aspekt „Thema“ z.B. die Frage, ob es für alle Beteiligten aktuell ist oder im Vordergrund steht. Das Thema kann und wird sich also verändern. Die Bezogenheit auf sich und die Umwelt wirkt identitätsfördernd und sinnstiftend. Sie fordert Verantwortung sich und der Umwelt gegenüber.

Bedeutung für die Arbeit mit Gruppen: Im Ko-respondenzmodell zeigt sich die phänomenologische Ausrichtung der Integrativen Therapie: In einer Gruppe gibt es so viele wahrgenommene Wirklichkeiten, wie TeilnehmerInnen (incl. GruppenleiterInnen) in der Gruppe sind. In einem hermeneutischen Prozeß, an dem alle Gruppenmitglieder beteiligt sind, kann ein Konsens oder - offengelegter und respektierter - Dissens über diese Wirklichkeiten gefunden werden. Diese Auseinandersetzung fördert, wenn das Prinzip der Intersubjektivität gewahrt wird, die eigene und gegenseitige Integrität der Gruppenmitglieder. Dadurch kann es bei jedem einzelnen Gruppenmitglied zu größerer Verantwortung für sich, für die anderen Gruppenmitglieder und die Gruppe als Ganzes kommen. Daraus wiederum kann verantwortungsvolles, engagiertes und kreatives Handeln von Einzelnen, von mehreren oder der Gruppe als Ganzes folgen. Diese Schritte entsprechen dem tetradischen System und dem Theorie-Praxis-Zyklus der Integrativen Therapie (Initialphase: Wahrnehmen, Erfassen; Aktionsphase: Auseinandersetzung; Integrationsphase: Durcharbeiten, Verstehen der 1. + 2. Phase; Neuorientierungsphase: Umsetzen, Verändern, vgl. Petzold 1992a, S. 625 ff.).

Bedeutung für die Co-Therapie: Co-therapeutische Leitung ist in der Integrativen Therapie nicht denkbar, ohne daß die Co-TherapeutInnen sich darüber einig sind, daß sie die Beziehung zwischen sich und diejenige zu den Gruppenmitgliedern nach diesem Modell gestalten wollen. Weil das Prinzip der Ko-respondenz für Integrative TherapeutInnen selbstverständlich sein sollte, wird vermutlich zwischen Co-TherapeutInnen selten darüber gesprochen. Wie ich in These 2.3.2 erwähnt habe, scheint mir das Ko-respondenzmodell gut geeignet zur Reflexion des Gruppengeschehens. Ebenso wichtig kann sein, daß die Co-TherapeutInnen ihre Beziehung mit

Hilfe dieses Modells betrachten. Wenn beide Co-TherapeutInnen sich in ihrer persönlichen Souveränität erleben und miteinander in einem ständigen Ko-respondenzprozeß sind, kann daraus „fundierte Kollegialität“ entstehen. „Kollegen“ in diesem Sinn sind „Menschen, die ein gemeinsames lebensweltliches Fundament und soziales Referenzsystem haben und gleichrangig in wechselseitiger Wertschätzung ihrer Souveränität und im Respekt vor der Integrität des Anderen aufeinander bezogen sind und miteinander umgehen“ (Petzold in Slembek/Geisser 1998).

Durch Ko-respondenz können die Co-TherapeutInnen Machtaspekte zwischen sich konstruktiv angehen, sie können die Macht, die sie gegenüber der Gruppe haben, gegenseitig kontrollieren. Die Auseinandersetzung unter dem Prinzip des Ko-respondenzprozesses erhöht die Solidarität.

4.2 Das Modell der Gruppe

Allgemeines zur Gruppe: „Phylogenetisch gesehen ist der Mensch ein Gruppenwesen“ (Petzold/Frühmann 1986, S. 9). Die Gruppe ist eine existentielle Lebensform. Gruppen haben eine identitätssichernde Funktion, geben ein Gefühl der Zugehörigkeit. Man könnte sagen, daß es Gruppentherapie gibt, seit es Menschen gibt, denn Riten und Zeremonien, die heilend wirken, werden meistens in Gruppen abgehalten. Gruppen haben ein hohes Manipulationspotential. Es kann sich konstruktiv oder destruktiv auswirken, je nachdem wie sehr sich GruppenleiterInnen ihrer Macht bewußt sind und ob sie diese für die Gruppenmitglieder förderlich einsetzen können. Heute gibt es Gruppenmodelle in vielen therapeutischen Verfahren, was vermutlich u. a. zurückzuführen ist auf den Verfall von Familienstrukturen, von religiösen Gemeinschaften etc., d. h. sie haben manchmal eine Ersatzfunktion.

Die Integrative Therapie hat verschiedene Wurzeln. Sie bezieht sich ursprünglich auf die Gestalttherapie von F. S. Perls, L. Perls und P. Goodman, auf das Psychodrama von J. L. Moreno, auf das Therapeutische Theater von V. N. Iljine und auf die aktive Psychoanalyse von S. Ferenczi. Mit Ausnahme von Ferenczi haben diese TherapeutInnen in unterschiedlicher Weise mit Gruppen gearbeitet. Perls machte vor allem Einzelarbeit in der Gruppe, Moreno hingegen bezog die ganze Gruppe aktiv mit ein, in dem die TeilnehmerInnen verschiedene Rollen übernehmen mußten. Es ist naheliegend, daß in der Integrativen Therapie, die sich aus diesen Ansätzen entwickelt hat, die Gruppentherapie einen hohen Stellenwert hat. Es wurden „Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie“ (Petzold/Schneewind in Petzold/Frühmann 1986) ausgearbeitet und werden immer weiterentwickelt.

Vom Menschenbild und dem anthropologischen Verständnis der Integrativen Therapie her ist der Einsatz von Gruppentherapie naheliegend: „Der Mensch ist ein Körper-Geist-Seele-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (Petzold 1992a, S. 495) und weil der Körper und die Lebenswelt sich beständig verändern, ist auch er selbst immer im Wandel (Heraklitisches Prinzip, vgl. ZAK-Theo 1991, S. 29). Die Betonung von Kontext und Kontinuum bedeutet für die Therapie, daß immer die Umwelt eines Menschen und einer Gruppe, ihre Vergangenheit und Zukunft einzubeziehen ist. Der Mensch wird auf dem Hintergrund seiner Lebenswelt gesehen. Er ist unlösbar eingebunden in verschiedene soziale Kontexte (vgl. G. H. Mead), durch die er gestaltet wird und die er selbst auch gestaltet (Petzold/Schneewind in Petzold/Frühmann 1986, S. 127 ff.). Der Mensch entwickelt seine Identität durch intersubjektive Prozesse mit seinen Mitmenschen. Der therapeutische Prozeß wird in der Integrativen Therapie, ob als Einzel- oder Gruppentherapie, mit den Beteiligten immer wieder reflektiert, damit er nicht nur unbewußt geschieht, sondern auch bewußt verstanden wird.

Definition von „Gruppe“ in der Integrativen Therapie: *„In Abgrenzung zu Agglomeration und Maße ist eine Gruppe eine Anzahl Menschen, die von sich selbst und von anderen als Gesamt und als unterschiedliche Individuen in einer gegebenen Situation wahrgenommen werden können, durch gemeinsame Geschichte, Ziele und Interessen verbunden sind und sich durch spezifische Normen, Regeln und Interaktionsmuster organisieren; die Gruppe ist durch Verbundenheit und Unterschiedenheit zugleich (distinction and unitedness) gekennzeichnet“* (Petzold/Schneewind 1986, S. 132).

Differenziert betrachtet ist die Gruppe *„ein relativ zeitkonstantes (1) Interaktionssystem (2), mit einem spezifischen Status- und Rollengefüge (3), einem verbindenden Wertesystem (4) und Zielhorizont (5) sowie gemeinsamen Ressourcen (6), wodurch ein eigenes Gruppengefühl und Gruppenbewußtsein (7) möglich wird, aufgrund dessen im Verein mit Identitätsattributionen aus dem sozialen Umfeld (8) eine Gruppenidentität (9) aufgebaut werden kann, sofern nicht diese Prozesse durch Gruppenkonflikte (10), die Reinszenierung individueller Pathologie (11) und durch Akkumulation solcher Einflüsse zu Phänomenen gruppaler Pathologie (12) gestört wird“* (Petzold/Orth 1995, S. 200).

Konstitutive Elemente für eine Gruppe sind (vgl. Petzold, 1988 S. 425): der Kontext (z. B. Klinik, Wohn-Quartier), das Kontinuum (z. B. wöchentliche Sitzungen), die einzelnen Teile (LeiterInnen, TeilnehmerInnen), die Interaktion (Beziehungen). Deutlich wird aus diesen Definitionen, daß im Verständnis der Integrativen Therapie der Beziehungsaspekt auch bei der Gruppenarbeit im Vordergrund steht.

Die Vielfalt der Gruppe kann nicht in einem Konzept erfaßt werden. Es gilt das Synergie-Prinzip: Das Ganze ist etwas anderes als die Summe seiner Teile, d. h. die Gruppe ist etwas anderes als die Summe der zu ihr gehörenden Menschen. Am ehesten erfaßbar ist diese Vielfalt durch Bilder und Metaphern (s. Abschnitt Mehrperspektivität). Wegen dieser Komplexität kann es keine Gesetzmäßigkeit geben, wie der Gruppenprozeß sich entwickelt und welche Themen in den Vordergrund rücken. In der Praxis gilt es, immer neu zu entscheiden, ob personenzentrierte, gruppencentrierte, gruppengerichtete, themenzentrierte Arbeit förderlich ist. Hier wird übrigens ein wesentlicher Unterschied sichtbar gegenüber der klassischen Gestalttherapie von Perls, die vor allem in Einzelarbeit in der Gruppe bestand (vgl. Petzold/Orth 1995, S. 197).

Bedeutung für die Co-Therapie: Dieses Modell spricht weder eindeutig für noch gegen co-therapeutische Leitung von Gruppen. Zur Erfassung der Komplexität des Gruppengeschehens kann co-therapeutische Leitung eventuell hilfreich sein (s. Abschnitt Mehrperspektivität).

4.3 Der Rollenbegriff

Mensch-Sein ist immer Koexistenz, jede/r ist immer Mitmensch. Mitmensch-Sein ist keine Rolle. Trotzdem werden Beziehungen zwischen Menschen mitgeprägt von den Rollen, die diese Menschen einnehmen, die sie voneinander erwarten, die ihnen zugeschrieben werden. Rollenzuschreibungen und Rolleneinnahmen tragen zur Identitätsbildung bei.

Das Kind übernimmt im Spiel verschiedene Rollen, sowohl im Handeln als auch in seinen Emotionen, d. h. es verkörpert diese Rollen. Dies ist für seine Persönlichkeitsentwicklung erforderlich. Der Mensch entwickelt sich während des ganzen Lebens. (Die Entwicklungstheorie der Integrativen Therapie braucht hier den Begriff „life span development“). Das Rollenrepertoire wird durch wachsende Wahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit größer. Durch die Übernahme von unterschiedlichen Rollen werden unterschiedliche Perspektiven gewonnen (vgl. Petzold 1991a,

1992a, 1993a). Diese Rollen werden nicht gespielt, sondern sind typische Verhaltensmuster. Sie geben eine erste Orientierung im Beziehungsgeschehen. Sie sind immer bezogen auf mindestens eine Partnerrolle (Komplementärrolle) oder auf die Umwelt (vgl. *Rahm et al.* 1993, S. 128). So können bei einem Menschen unterschiedliche Rollen in den Vordergrund treten, je nachdem, mit wem er/sie gerade zusammen ist, z. B.: Frau, Mutter, Tochter, Geliebte, Hausfrau, Schwester, Berufsfrau, Arbeitskollegin, Freundin usw. Damit eine Rolle verkörpert werden kann, muß ein Minimum an Vorstellung von dieser Rolle vorhanden sein (vgl. *Petzold / Mathias* 1983, S. 118).

Dazu *Petzold* (1980): „Rollen werden in der Sozialisation durch die Sozialagenturen vermittelt und vom Leibsujet verkörpert. Die Vorgabe von Werten, Normen, Institutionen wird also individuell gestaltet. Diese Vorgaben haben den Charakter symbolischer Konstrukte, denen des „generalized other“ (Mead), welche sich in konkretem Verhalten niederschlagen. Die vermittelnden Sozialagenturen sind konkrete Interaktionspartner, auf die das Leibsujet reagiert oder zu denen hin es agiert. Somit ergeben sich beständig Konfigurationen von korrespondierenden Rollen, in denen Zuschreibungen und Annahmen oder Abweisungen, d. h. Akte der Wahl, erfolgen“ (*Petzold* 1980, S. 273).

Dies gilt natürlich auch in der therapeutischen Beziehung, in der sowohl die TherapeutInnen, wie auch die PatientInnen verschiedene Rollen verkörpern. „In der therapeutischen Beziehung sind demnach die wechselseitigen Rollenzuschreibungen von Interesse und die Frage, welche Zuschreibungen angenommen, abgewiesen oder über Differenzierungen und Gegenreaktionen verändert werden. Die Komplementarität, die im Rollenbegriff liegt, die Tatsache, daß es sich um eine Rollenkonfiguration handelt, Rollen im Spiel, ist von entscheidender Wichtigkeit; denn aus ihr folgt, daß die Rollenverkörperung von seiten des Therapeuten auf der Seite des Patienten einen Gegenpart hat (counter role, *Moreno* 1946) ... In der Therapie müssen, wie gezeigt wurde, diese festen und sich perpetuierenden Rollenkonfigurationen aufgehoben werden, d. h., daß die Erwartungen des Klienten an den Therapeuten sich nach und nach verändern müssen und umgekehrt“ (*Petzold* 1980, S. 273). Einige typische Rollenkonfigurationen von Therapeut und Patient sind: Helfer und Heiler, Hilfsloser und Kranker, Elternfigur - Kindposition, Berater - Ratsuchender, Lehrender - Lernender, Partner - Partner, Freund - Freund (*Petzold* 1980, S. 274 ff.).

Die Therapeutin muß wissen, was für eine Rolle sie gerade verkörpert, muß merken, was für eine Rolle ihr gerade zugeschrieben wird und muß entscheiden, wie sie damit in der therapeutischen Beziehung arbeitet. Je größer das Rollenrepertoire einer Therapeutin ist, desto flexibler kann sie auf Rollenzuschreibungen reagieren. Unbewußte Rollenzuschreibungen der PatientInnen auf die TherapeutInnen führen zu Übertragungen. Die Patientin stülpt der Therapeutin die Komplementärrolle über, die der von ihr selbst momentan eingenommenen Rolle entspricht.

Bedeutung für die Arbeit mit Gruppen: In der Gruppe ist von Anfang an eine größere Rollenvielfalt vorhanden, als in der Einzeltherapie. Alle Gruppenmitglieder sind in der Rolle eines Gruppenmitglieds. Zusätzlich nehmen diese Gruppenmitglieder aber unterschiedliche Rollen ein, die sich im Lauf der Zusammenarbeit verändern können. Es gibt Rollen, die der Gruppe als Ganzes oder einem Teil der Gruppe gegenüber eingenommen werden, wie z. B. Anführerin, Ängstliche. Andere Rollen werden einzelnen Gruppenmitgliedern gegenüber eingenommen. So ist jemand z. B. einem Gruppenmitglied gegenüber „Schwester“, einem anderen gegenüber hingegen „Mutter“. Diese unterschiedlichen Rollenverkörperungen können ausgelöst sein durch eigene Strukturen (so kann es in der Folge zu Übertragungen kommen) oder durch Erwartungen, die von anderen Gruppenmitgliedern entgegengebracht werden. In der Gruppe können Rollenstrukturen vermutlich oft rascher und deutlicher zum Vorschein kommen als in der Einzeltherapie. Außer-

dem ist in der Gruppe die Vielfalt der entstehenden Atmosphären und Szenen größer. Dank dieser Vielfalt und den Rollenmodellen der anderen Gruppenmitglieder kann Rollenflexibilität leichter eingeübt werden. Wie ich unter These 2.2 erwähnt habe, werden in einer Gruppe - anders als in der Einzeltherapie - TherapeutInnen von den Gruppenmitgliedern eher als Realpersonen, d. h. nicht nur in der verkörperten Rolle der Therapeutin, gesehen. Die Gruppenmitglieder können die TherapeutInnen besser beobachten als in der Einzeltherapie und dabei wahrnehmen, daß diese verschiedene Rollen verkörpern, je nach Situation und je nach der Rolle des Gegenübers.

Bedeutung für die Co-Therapie: Es geht hier um zwei Ebenen: Einerseits ist sorgfältig zu beachten, welche Rollen die beiden Co-TherapeutInnen gegenseitig einnehmen und verkörpern. Dies bewußt wahrzunehmen und sich darüber auszutauschen, scheint mir für das Gelingen der Zusammenarbeit fundamental wichtig, u. a. um Übertragungen zu erkennen. Zudem ist m. E. bei co-therapeutischem Arbeiten der Austausch darüber wichtig, welche Rollen in der Gruppe verkörpert werden, welche fehlen, zu welchen Komplementärrollen sich die Co-TherapeutInnen durch die Gruppe oder durch einzelne Gruppenmitglieder aufgefordert fühlen. Dies gibt viele diagnostische Hinweise. Zwei TherapeutInnen verkörpern zusammen mehr Rollen als eine einzelne und als TherapeutInnen-Paar zusätzlich andere Rollen. Als TherapeutInnen sollten sie Rollen flexibel einnehmen können. Die Fähigkeit, Rollen bewußt einsetzen zu können, bietet bei co-therapeutischer Leitung verschiedene Möglichkeiten, z.B. daß eine konfrontierend, die andere stützend interveniert oder daß eine die Funktion des „Hilfs-Ich“ -eine Technik, die aus dem Psychodrama stammt- einnimmt. Ist eine der beiden Co-TherapeutInnen in Ausbildung, so ist zwischen den beiden eine spezielle Rollenkonstellation gegeben. Sie kann unterschiedlich ausgestaltet werden und kann sich im Lauf der Gruppenarbeit verändern. Ich habe unter 2.2.2 geschildert, daß es für die Gruppe modellhaft sein kann, wie die Co-Therapeutin in Ausbildung sich entwickelt, d. h. wie sie ihre Rolle neu gestaltet.

4.4 Bühne, Szene, Atmosphäre

Die Begriffe Bühne und Szene verweisen auf zwei Wurzeln der Integrativen Therapie, nämlich auf das Psychodrama (*Moreno*) und das Therapeutische Theater (*Iljine*). Bühne meint hier: die Lebenswelt, in der wir alle eingebunden sind, in der wir unsere Rollen verkörpern, in der eine Szene sich an die nächste reiht, eine Szene sich aus der vorhergehenden entwickelt, Szenen auch ineinander übergreifen. Es entstehen Szenengeschichten, die in der Gegenwart spielen, die hervorgegangen sind aus der Vergangenheit und in die Zukunft gerichtet sind. Szenen sind vom Leibsubjekt erlebte Wirklichkeit. Jede Szene und mit ihr verbundene Atmosphäre, die ich (mit)konstituiere, wird in mir eingegraben. Sie füllen mein szenisches und atmosphärisches Gedächtnis und können sich „reinszenieren“. Im positiven Verlauf geben solche Strukturen Stabilität, im negativen können sie u.a. zu Fixierungen und Wiederholungszwängen führen. In der Therapie geht es darum, daß ein Mensch alten Atmosphären nicht unbewußt ausgeliefert bleibt, sondern selbst neue Atmosphären mitgestalten kann (vgl. *Petzold* 1993a, S.897ff). Auch in der Therapie werden Szenen mit ihren Atmosphären unbewußt reinszeniert. Damit die Therapeutin die Szene verstehen kann, muß sie die Atmosphäre erfassen. *Schmitz* spricht von „*Einleibung*“ (*Rahm et al.* 1993, S.131). Dazu gehört u.a., daß die Therapeutin sich z.B. in das Milieu, in dem die Szene spielt, hineinversetzen kann, die spezifische Sprache versteht. Das Verstehen und Erfassen von Vorsprachlichem und Nicht-Aussprechbarem ist nötig.

Bedeutung für die Arbeit mit Gruppen und für die Co-Therapie: In einer Gruppe werden andere Szenen wachgerufen als in einem Zweier-Setting und in einer therapeutischen Gruppe mit

Co-TherapeutInnen wieder andere, als in einer mit einer Leiterin oder einem Leiter. Ob z. B. der Altersunterschied zwischen den beiden groß oder klein ist oder ob sie gleich- oder gegengeschlechtlich sind, hat nicht nur einen Einfluß auf mögliche Übertragungskonstellationen, sondern auch auf die bei jedem einzelnen Gruppenmitglied wachgerufenen Atmosphären.

Zwei TherapeutInnen bringen einen größeren Fundus an selbst erlebten Atmosphären und wahrscheinlich auch mehr Wissen über verschiedene kulturelle Hintergründe ein als eine. Dies erleichtert ihnen einerseits das Verstehen und Erfassen der in der Gruppe entstehenden Atmosphären und eröffnet andererseits in der Arbeit mehr Möglichkeiten. Hier liegt ein großer Vorteil von co-therapeutischer Gruppenleitung (vgl. Bsp. von These 2.3.1c).

4.5 Übertragung und Gegenübertragung

„Übertragungen sind die Vergegenwärtigungen 'alter' Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, daß die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten des anderen nicht gesehen werden können. Übertragungen verhindern Intersubjektivität. Deshalb gilt: ‚Wo Übertragung war, muß Beziehung werden‘“ (Petzold 1993a, S. 1128).

Übertragungsphänomene treten in einem gewissen Maß in allen Beziehungen auf, weil wir alle unsere Erfahrungen einverleibt haben. Nur wenn sie dieses „gewisse Maß“ überschreiten, wenn ein Mensch nicht flexibel auf das Gegenüber eingehen kann, sprechen wir von Übertragungen im pathologischen Sinn. Diese verunmöglichen Kontakt, Begegnung und Beziehung, weil der/die Andere nicht als die Person wahrgenommen wird, die sie ist. In der therapeutischen Beziehung können Übertragung besonders deutlich werden, weil die TherapeutInnen ihre Wahrnehmung darauf richten, welche Rollen ihnen jeweils zugeordnet werden (vgl. Abschnitt Rollenbegriff). Rollenzuschreibungen, die erkannt werden, lassen z. B. darauf schließen, was für ein Gegenüber jemandem gefehlt hat oder unter was für einem Gegenüber jemand gelitten hat. Wenn die Patientin durch den therapeutischen Prozeß erfahren und erkennen kann, daß die Therapeutin sich ihr gegenüber anders verhält, als sie es gewohnt ist, kann eine Übertragung aufgelöst werden und die Therapeutin als die Person gesehen werden, die sie ist. Dann kann Beziehung entstehen.

Gegenübertragung ist die „*bewußtseinsfähige Resonanz*“ der Therapeutin auf die Patientin (Petzold 1993a, S. 1130). Es ist die empathische Reaktion der Therapeutin auf das Gegenüber, von der ihr bewußt ist, daß sie durch das Gegenüber ausgelöst ist. Die Wahrnehmung der Gegenübertragung ist ein wichtiger Faktor für die prozessuale Diagnostik. Eigene Übertragungen der Therapeutin gegenüber der Patientin verunmöglichen hingegen von ihrer Seite her Intersubjektivität und damit Beziehung.

Bedeutung für die Arbeit mit Gruppen: Es gehört implizit zur Arbeit mit und in Gruppen, daß die Übertragungsmöglichkeiten um ein Vielfaches größer sind als in der Einzeltherapie: Es gibt Übertragungen jedes einzelnen Gruppenmitgliedes zu den anderen Gruppenmitgliedern, zur Gruppe als Ganzes, zu verschiedenen und sich immer wieder neu konstituierenden Untergruppen, zu der Therapeutin oder den Co-TherapeutInnen. Übertragungsphänomene sind in einer Gruppe sehr komplex und fordern höchste Aufmerksamkeit der TherapeutInnen.

Bedeutung für die Co-Therapie: Bei co-therapeutischer Leitung einer Gruppe sind mehr Übertragungsmöglichkeiten gegeben als bei der Leitung durch eine Therapeutin, nämlich zu jeder

einzelnen der Co-TherapeutInnen und zu ihnen als Leitungs-Paar. Ich verweise an dieser Stelle auf meine Thesen 2.2.4, 2.2.5 und 2.3.2, in denen ich diese Phänomene speziell erörtert habe.

4.6 Gruppenprozeßanalyse

In den Ausführungen zum „Modell der Gruppe“ wurde dargestellt, daß ein Gruppenprozeß - wegen seiner Komplexität - nicht nach Gesetzmäßigkeiten ablaufen kann, auch nicht voraussehbar ist. Umso wichtiger ist es, Leitlinien, d.h. ein Raster zu haben, mit dem der Gruppenprozeß in und mit seiner Komplexität begleitet und wenn möglich erfaßt werden kann. Ein solches Raster wird sich auf die Theorien der jeweiligen Schule stützen, auf die sich die TherapeutInnen beziehen. In der Integrativen Therapie analysiert nicht die Therapeutin allein den Prozeß, sondern dies geschieht in Ko-respondenz gemeinsam mit den Gruppenmitgliedern. Diese Analyse selbst ist Teil des therapeutischen Prozesses (vgl. Ko-respondenzmodell). Speziell wichtig ist diese gemeinsam vorgenommene Gruppenprozeßanalyse in Ausbildungsgruppen, weil auf diese Weise Performanz und Kompetenz parallel erworben werden. In der Integrativen Therapie sind für die Gruppenprozeßanalyse - neben der Metatheorie - das Ko-respondenzmodell und das Modell der Mehrperspektivität besonders wichtig. Zum Ko-respondenzprozeß gehört das Herausarbeiten von Zielsetzungen. Ziele können sich im Laufe der Gruppenarbeit verändern, entweder bewußt (durch Ko-respondenz) oder unbewußt. Solche zunächst unbewußten Veränderungen können durch die Gruppenprozeßanalyse offensichtlich werden. Dies trägt für die Gruppenmitglieder zur Sinnfindung bei. Gemäß *Petzold/Orth* „sollte ein Gruppentherapeut die nachstehenden 14 Perspektiven bzw. Fragenkomplexe, im Kopf haben“:

- I. Perspektive Gruppenstabilität, Gruppenidentität und Kohäsion*
- II. Perspektive Kontinuität*
- III. Perspektive Diskursivität, kommunikative Kompetenz und Performanz*
- IV. Perspektive Thema/Themenentwicklung*
- V. Perspektive Gruppenklima, Gruppenbewußtsein, Exzentrizität*
- VI. Perspektive Social World, Werte und Normen*
- VII. Perspektive Rolle, Position, Rollenkonflikt*
- VIII. Perspektive Kontext, social affordances*
- IX. Perspektive Übertragungsdynamiken, empathische Resonanz und Beziehungsrealität*
- X. Perspektive psychopathologische Phänomene*
- XI. Perspektive Probleme, Ressourcen, Potential, Ziele*
- XII. Perspektive Ausgangslage und Rahmenbedingungen*
- XIII. Perspektive Methoden, Techniken, Medien, Modalitäten*
- XIV. Metaperspektive: Richtziele, Prinzipien, Grundannahmen“ (Petzold/Orth 1995, S. 205 ff.).*

Die beiden AutorInnen differenzieren jede dieser Perspektiven mit mehreren Fragestellungen. Bei jeder Gruppe und in verschiedenen Phasen des Gruppenverlaufs werden je unterschiedliche Perspektiven und Fragestellungen in den Vordergrund treten.

Bedeutung für die Co-Therapie: Co-therapeutische Leitung kann m. E. für die Gruppenprozeßanalyse hilfreich und bereichernd sein. Es ist anzunehmen, daß die beiden Co-TherapeutInnen beim Beobachten und Reflektieren des Gruppenprozesses oft unterschiedliche Foci bezüglich dieser 14 Perspektiven haben. Das Zusammentragen und der Austausch über diese je eigenen Wahrnehmungen kann die Beobachtungen verdichten und verdeutlichen. Umgekehrt kann bei co-therapeutischer Leitung ein solches Raster zur Strukturierung des Austauschs über das Gruppen-

geschehen hilfreich sein (vgl. Kapitel 5). In Ergänzung zu den zitierten 14 Perspektiven würde ich bei co-therapeutischer Leitung - gemäß meinen Thesen und den Ausführungen dazu - vorschlagen, eine weitere Perspektive zu berücksichtigen, nämlich: Die Beziehung zwischen den beiden Co-TherapeutInnen und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gruppe.

4.7 Mehrperspektivität

Das Zusammenleben von Menschen in seiner Fülle und Vielfalt ist nicht durch eine einzige Theorie erfassbar. Jeder Mensch nimmt die Wirklichkeit unterschiedlich wahr, abhängig von vielen Faktoren. „Perls sagt: ‚Sie (=Soziale Wirklichkeit) ist für jedes Individuum, für jede Gruppe, für jede Kultur etwas Verschiedenes‘“ (Perls 1980, S. 33 zit. in Frühmann 1986, S. 255 f.). Mir scheinen folgende Sätze aus einem Zeitungsartikel über das Thema „Dokumentarfilm“ präzise auszudrücken, worauf es bei Wahrnehmung ankommt: „Es gibt keine Wirklichkeit, es gibt nur die Wahrnehmung von Wirklichkeit, und diese Wahrnehmung ist von Mensch zu Mensch verschieden ... Gute Dokumentarfilme machen Positionen erkennbar und nachvollziehbar. Schön wäre es, wenn man diese Wahrnehmungen als Wahrnehmungen wahrnehmen würde, als Möglichkeiten, nicht als Wirklichkeit“ (Ruggle 1997). Wirklichkeit bildet sich aus einer Vielfalt von Phänomenen und Perspektiven, ist komplex. Sie ist kognitiv nie ganz beschreibbar oder ganz erklärbar, am ehesten ist sie perzeptiv erfassbar durch Bilder und Metaphern. Dies ist ein vertieftes sinnhaftes Wahrnehmen. Es braucht dazu Übung im szenischen Sehen, Erfassen und Betrachten, dann können gleichzeitig verschiedene Ebenen und Phänomene betrachtet werden durch Mehrperspektivität. Solche Perspektiven sind (vgl. Frühmann 1986, S. 257 ff.):

- das Individuum (Persönlichkeitstheorie: ‚der Mensch als soziales Wesen‘, Gesundheits- und Krankheitslehre, Entwicklungspsychologie)
- die Gruppe (Gruppenphänomene und Gruppenprozesse)
- die Szene (die soziale, ökonomische und ökologisch Umwelt)
- die Zeit (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft, subjektive Zeit, ökonomische Zeit)
- der Beobachter (aus exzentrischer Position)

Die ersten vier Perspektiven decken sich mit den vier Elementen, die in einem Ko-responzenzprozeß zusammenwirken und sinnstiftend sind. Mit der „Perspektive Beobachter“ ist nicht gemeint ein Beobachter/eine Beobachterin, der/die außerhalb des Geschehens ist. Gemeint ist die Therapeutin, die am und im Geschehen beteiligt ist mit ihrer ganzen Person und gleichzeitig das Geschehen bewußt wahrnimmt. Sie hat die Fähigkeit zu „partiellem Engagement“ (Petzold 1980, S. 253 ff).

Bedeutung für die Arbeit mit Gruppen: Wenn die TherapeutInnen diese Ebenen vor Augen haben, können Vereinfachungen in der Beschreibung des Gruppenprozesses vermieden werden. Es kann eine minimale Struktur in die Beobachtung gebracht werden. Dadurch kann das aktuelle Geschehen eher erfaßt werden und zu sinnvollen Interventionen führen. Die Arbeit in und mit Gruppen ist so komplex, daß es oft schwierig ist, einen Sinnzusammenhang zu finden. Durch eine mehrperspektivische Betrachtungsweise können verschiedene Standpunkte eingenommen und der Focus auf Unterschiedliches gerichtet werden, wodurch immer mehr Teilaspekte des Geschehens entdeckt werden können. Dazu Petzold (1995): „Im Prozeß des wahrnehmenden Erfassens von Vielfältigem geschieht Synopse, im Vorgang des Verstehens wirkt Synergie - dies alles wirkt zusammen und schafft Sinn, ja mehr noch, Sinnfülle“ (Petzold 1995, S. 281). Das Modell der Mehrperspektivität kann so als Orientierung dienen für die TherapeutInnen und gleichzeitig den Gruppenmitgliedern erfahrbar machen, wie Sinn erschlossen werden kann.

Bedeutung für die Co-Therapie : Für co-therapeutisch arbeitende GruppenleiterInnen ist dieses Modell von mehrfacher Bedeutung:

- Wenn beide mit diesem Modell an eine Gruppe herangehen, läßt dies darauf schließen, daß sie sich bezüglich ihres Welt- und Menschenbildes verstehen. Diese Gemeinsamkeit bildet eine wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit.
- Das Modell kann hilfreich sein für die gemeinsame Reflexion des Gruppengeschehens. Beide sind „geschulte Beobachter“. Gleich, ähnlich oder verschieden Beobachtetes kann deutlich und damit sinnhafter werden.
- Eine der beiden Co-Therapeutinnen kann - explizit - in der exzentrischen Position sein und vor allem die beobachtende Position einnehmen. (Trotzdem bleibt sie Teil des Geschehens in der Gruppe). Das zeitweise Einnehmen einer exzentrischen Position wird durch Co-Therapie erleichtert.

5. CO-THERAPIE EINER AUSBILDNERIN UND EINER AUSBILDUNGSKANDIDATIN - REFLEXIONEN, VORSCHLÄGE UND ANREGUNGEN

Die Beschäftigung mit dem Thema Co-Therapie hat bei mir einige Ideen ausgelöst, wie die im Abschnitt 3.3 genannten Probleme von nicht gleichberechtigten Co-TherapeutInnen angegangen und möglicherweise eingegrenzt und überwunden werden können, vor allem in der Ausbildungssituation. Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, bildet die Konstellation Ausbilderin-Ausbildungskandidatin als Co-Therapeutinnen einen Sonderfall. Die Ausbildungskandidatin ist vielleicht eine in Einzeltherapie sehr erfahrene Therapeutin. Vielleicht hat sie auch im Leiten von Gruppen Erfahrung. Umso wichtiger scheint mir für ein Gelingen der gemeinsamen Arbeit, sowohl für die Co-TherapeutInnen selbst wie für die Gruppe, daß:

1. die beiden Co-TherapeutInnen sich vor der ersten Gruppensitzung über bestimmte Punkte austauschen und diese in einem Ko-responzenzprozeß klären,
2. von der Ausbildungsinstitution ein Codex erarbeitet wird mit den Rechten und Pflichten der Institution den beiden gegenüber, den Rechten und Pflichten der LehrtherapeutInnen und der AusbildungskandidatInnen.

Zu 1.:

- Klärung ihrer Beziehung, wenn sie sich schon kennen, v. a. wenn die Ausbildungskandidatin früher Teilnehmerin in einer von der Lehrtherapeutin geleiteten Gruppe war.
- Welche gegenseitigen Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen, Wünsche haben sie?
- Was für positive und negative Erfahrungen mit Co-Therapie bringt jede mit?
- Wie versteht jede ihre Rolle?
- Wo sieht jede ihre Stärken und Schwächen?
- Welche Ziele haben sie bezüglich der Gruppe?
- Wie wollen sie mit der Abhängigkeit der einen von der anderen umgehen?
- Falls die beiden nicht aus der selben „Schule“ kommen, gehört auch der Austausch über den theoretischen Hintergrund, über das Menschenbild usw. dazu.
- Wenn die Namen der Gruppenmitglieder bekannt sind, ist ein Austausch darüber, wer wen aus welchem Zusammenhang schon kennt, sinnvoll. Dies muß vor der Gruppe offengelegt werden. Eine Besonderheit kann sein, daß die Ausbildungskandidatin mit einem Gruppenmitglied zusammen als Teilnehmerin in einer anderen Gruppe war.

Zu 2.a) Rechte der AusbildungskandidatInnen

- Anspruch auf Austausch und Diskussion mit der Lehrtherapeutin
- Anspruch auf jeweilige Einschätzung der Fachkompetenz durch die Lehrtherapeutin
- Förderung im Leiten der Gruppe
- Anspruch auf Aussprache mit der Lehrtherapeutin und evtl. auf eine gemeinsame Supervision
- Anspruch auf Spesenentschädigung und angemessenes Honorar

b) Pflichten der AusbildungskandidatInnen

- regelmäßige Teilnahme
- theoretische Vorbereitung (z. B. über Gruppenpsychotherapie, über Gruppendynamik, evtl. über das spezielle Thema des Seminars)
- Mitteilen von eigenen Beobachtungen und Wahrnehmungen
- Bezüglich Schweigepflicht, ethischen Richtlinien usw. ist sie der Lehrtherapeutin gleichgestellt
- Übernahme der Leitung, wenn die Therapeutin ausfällt. Dafür hat sie Anspruch auf das Honorar der Therapeutin

c) Rechte und Pflichten der LehrtherapeutInnen

Diese ergeben sich z.T. aus den Pflichten und Rechten der AusbildungskandidatInnen. Der gemeinsame Austausch ist, wie beschrieben, ein wichtiges Erfordernis für die co-therapeutische Arbeit. Ich nenne hier Themen, die laufend berücksichtigt werden sollten, weil sie wesentlich zum Lerneffekt für die AusbildungskandidatInnen und die Gruppe beitragen.

- die Entwicklung der Beziehung zwischen ihnen beiden
- das Gruppengeschehen, die Gruppendynamik
- Übertragungen und Gegenübertragungen in der Gruppe, zwischen der Gruppe als Ganzes und den Co-TherapeutInnen, zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern und ihnen und zwischen ihnen beiden
- die Sicht auf einzelne Gruppenmitglieder, deren Entwicklung
- das weitere Vorgehen in der Gruppe
- die Einschätzung der beruflichen und personalen Kompetenz und Performanz der AusbildungskandidatInnen (vgl. die erwähnten „14 Perspektiven“ aus *Petzold/Orth* 1995).

d) Gemeinsame Rechte und Pflichten

- Aus der bisherigen Aufzählung geht hervor, daß Besprechungen mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden sind, zu dem beide verpflichtet sind.
- gegenseitige Loyalität
- Ansprechen von Schwierigkeiten
- Teilnahme an Supervision, wenn eine von beiden dies wünscht

e) Rechte und Pflichten der Institution

- Regelung der Entschädigung und des Honorars
- erste Klärungsinstanz bei Unstimmigkeiten zwischen den TherapeutInnen
- Supervision mußte institutionsunabhängig erfolgen, mit Kostenübernahme durch die Institution

Zusätzlich stellt sich mir für den Sonderfall, daß eine Lehrtherapeutin zum ersten Mal eine Ausbildungsgruppe leitet, folgende Frage: Wäre es sinnvoll, wenn sie diese Aufgabe in gleichberechtigter Co-Therapie mit einer ebenfalls „neuen“ Ausbilderin übernimmt, statt mit einer Person, die im Ausbildungsstatus ist? Ich bin mir natürlich bewußt, daß diese Idee praktische Konsequenzen hat, wie z. B. finanzielle. Ich vermute aber, daß die Zufriedenheit und der Lerneffekt für die „Neuen“ größer sind.

6. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Zu Beginn dieser Arbeit haben sich mir - verkürzt formuliert - folgende Fragen gestellt: Überwiegt bei co-therapeutischer Leitung einer Gruppe das Positive oder das Negative - einerseits für die Gruppe, andererseits für die Co-TherapeutInnen? Welche Bedeutung haben wichtige Konzepte der Integrativen Therapie für co-therapeutisches Arbeiten? Im Laufe der Auseinandersetzung mit dem Thema ist mir immer deutlicher geworden, daß bei co-therapeutischer Leitung einer Gruppe der Lernprozeß für alle Beteiligten größer sein kann als bei Einzelleitung. Die wesentlichsten Voraussetzungen für ein solches Ergebnis sind folgende Punkte:

- Die Beziehung zwischen den Co-TherapeutInnen muß geklärt sein und immer wieder reflektiert werden.
- Die Strukturen, in denen die beiden stehen, eventuelle Abhängigkeiten und Hierarchien sollen offengelegt werden.
- Wichtig sind reflektierte Offenheit und Transparenz zwischen den Co-TherapeutInnen und zur Gruppe.

Die Diskussion der Konzepte der Integrativen Therapie haben für mich fraglos zum Resultat geführt, daß sie nicht nur „kompatibel“ sind mit der co-therapeutischen Leitung von Gruppen, sondern daß sie vielmehr wichtige Hilfestellungen bieten.

Beim Schreiben dieser Arbeit verließ mich zwischendurch immer wieder der Mut, weil ich befürchtete, daß ich als Resultat meiner Überlegungen von dieser Form der Gruppentherapie abraten müßte. Als bei der intensiven Beschäftigung mit dem Thema für mich der folgende neue Gesichtspunkt in den Vordergrund trat, war ich überzeugt, daß dies zwar eine schwierige, herausfordernde, aber lohnende Arbeitsform sein kann: Es wurde für mich immer deutlicher und wichtiger, daß Co-Therapie, in welcher Zusammensetzung auch immer, wenn sie ernst genommen wird, eine Art von präventiver Friedensarbeit ist. Es geht - zum Wohl der Gruppe - um nahe Auseinandersetzung mit einer/einem anderen, es geht um die Auseinandersetzung mit meinen und fremden Grenzen, evtl. überhaupt um den Umgang mit Fremdem und Fremdheit, und es geht um den Umgang mit Macht und Ohnmacht.

Zusammenfassung: Co-Therapie - eine Herausforderung - Überlegungen zur co-therapeutischen Arbeit in Gruppen

Unter Co-Therapie wird Unterschiedliches verstanden. Es wird unterschieden zwischen gleichberechtigt und nicht gleichberechtigt arbeitenden Co-TherapeutInnen. In dieser Arbeit geht es um co-therapeutische Leitung von Gruppen. Ausgangspunkt der Arbeit sind in der Literatur gefundene gegensätzliche Beurteilungen über Vorteile oder Nachteile von co-therapeutischer Gruppenleitung. Es werden Thesen formuliert aus der Sicht der Co-TherapeutInnen, aus der Sicht der Gruppe und aus der Sicht der Interaktion zwischen den Co-TherapeutInnen und der Gruppe. Anhand von Literaturstellen und eigenen Erfahrungen werden diese Thesen

diskutiert und reflektiert. Es werden Voraussetzungen herausgearbeitet, unter welchen co-therapeutische Gruppenleitung Erfolg haben kann und welche Vor- und Nachteile von dieser Arbeitsweise zu erwarten sind. Es wird hingewiesen auf spezielle Probleme bei nicht gleichberechtigten Co-TherapeutInnen. Kernkonzepte der Integrativen Therapie werden vorgestellt und überprüft bezüglich ihrer Bedeutung für die Arbeit mit Gruppen und für co-therapeutische Leitung. Bezugnehmend auf diese Überlegungen werden Anregungen gegeben für die Zusammenarbeit von nicht gleichberechtigten Co-TherapeutInnen, speziell in einer Ausbildungssituation.

Schlüsselwörter: Gruppentherapie, Co-Therapie, TherapeutInnen-Kooperation, Integrative Therapie

Summary: Co-Therapy – a challenge – some reflections on co-therapeutic work in groups

The term co-therapy can have several meanings. There is a difference between equal co-therapy teams and unequal co-therapy teams. This text concentrates on co-therapy leadership of groups. The basis for the text was the contrasting assessments found in the literature concerning the advantages and disadvantages of co-therapy leadership. Several hypotheses are presented from three different viewpoints: the co-therapists, the group and the interaction between the co-therapists and the group. Using both the literature and her own experience, the author discusses and examines these hypotheses. The author brings out the conditions under which co-therapy group leadership can be successful and the advantages and disadvantages to be expected from this method. The special problems of unequal co-therapy teams are also addressed. Key concepts from Integrative Therapy are introduced and examined in relationship to their meaning for group work and co-therapy leadership. And, with due consideration, the author suggests ways that unequal co-therapy teams can work together, especially in training situations.

Keywords: Group Therapy, Co-Therapy, Cooperation between Therapists, Integrative Therapy

LITERATUR

- Battegay, R., Ausbildungsmethoden in Gruppenpsychotherapie, in: Heigl-Evers, A., (Hrsg.) Psychoanalyse und Gruppe, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1971, 136-144.
- Böttger, E., Co-Leitung, in: Haubl, R., Lamott, F., (Hrsg.) Handbuch der Gruppenanalyse, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin-München 1994, 119-128.
- Büscher, M., Sturm, I., Wechselwirkungen zwischen Leiterpaarbeziehung und Gruppenentwicklung. Graduerungsarbeit Moreno Institut, Überlingen 1992.
- Dugo, J.M., Beck, A.P., Entwicklungsphasen eines co-therapeutischen Teams, in: Roller, B., Nelson V., Die Kunst der Co-Therapie, Edition Humanistische Psychologie (EHP), Köln 1993, 181-221.
- Frühmann, R., Das mehrperspektivische Gruppenmodell im „Integrativen Ansatz“ der Gestalttherapie, in: Petzold, H.G., Frühmann, R., (Hrsg.) Modelle der Gruppe, Junfermann, Paderborn 1986.
- Frühmann, R., Die Bedeutung der Gruppe in der Integrativen Therapie, Diss. Phil. Fak. Universität Salzburg, Salzburg 1987.
- Goulding, R. L., Goulding, M. M., Ein persönliches Modell der Co-Therapie, in: Roller, B., Nelson V., Die Kunst der Co-Therapie, Edition Humanistische Psychologie (EHP), Köln 1993, 223-245.
- Heising, G., Wolff, E., Kotherapie in Gruppen. Beihefte zur Zeitschrift „Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik“, Heft 4, Verlag für Medizinische Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1976.
- Moser, T., Vorsicht Berührung, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1992.
- Moser, T., Zu viele Therapien, zu wenig Integration, in: Integrative Therapie 1-2/1994, 5-22, Junfermann, Paderborn.
- Norcross, J.C., Psychotherapie-Integration in den USA. Überblick über eine Metamorphose, in: Integrative Therapie 1/1995, 45-61, Junfermann, Paderborn.

- Paulson, I., Burroughs, J.C., Gelb, C.B.*, Cotherapy: What Is the Crux of the Relationship? The International Journal of Group Psychotherapy, Vol. XXVI (2), April 1976, 213-224, International Universities Press, Inc., New York 1976.
- Perls, F.S.*, Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980.
- Petzold, H.G.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, H.G., (Hrsg.) Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Junfermann, Paderborn 1980.
- Petzold, H.G.*, Der „Andere“ - der Fremde und das Selbst, Integrative Therapie 2-3/1996, 319-349, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke, Bd. I, Junfermann, Paderborn 1988.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II, 2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II, 3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G.*, Mehrperspektivität - ein Metakonzept für Modellpluralität, konnektivierende Theoriebildung und sozial-interventives Handeln in der Integrativen Supervision, in: Gestalt und Integration, 1/95, 225-297, Verlag FPI-Publikationen, Düsseldorf 1995.
- Petzold, H.G.*, Persönliche Souveränität und fundierte Kollegialität, in: *Slenbek, E. Geismar, H.*, Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder, Röhrig Universitätsverlag St. Ingbert 1998.
- Petzold, H.G., Frühmann, R., (Hrsg.) Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit*, Bd.I, Junfermann, Paderborn 1986.
- Petzold, H.G., Mathias, U.*, Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Gruppenprozessanalyse - ein heuristisches Modell in: Integrative Therapie 2/1995, 197-212, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Schmeewind, U.*, Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie, in: *Petzold, Frühmann (Hrsg.) Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit*, Bd.I, Junfermann, Paderborn 1986.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.*, Einführung in die Integrative Therapie, Junfermann, Paderborn 1993.
- Roller, B., Nelson V.*, Die Kunst der Co-Therapie, Edition Humanistische Psychologie (EHP), Köln 1993.
- Rosenbaum, M.*, Co-Therapie, in: *Ammon, G. (Hrsg.) Gruppenpsychotherapie. Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie*, 247-272, Kindler 1976.
- Ruggle, W.*, Ein Bild ist ein Bild ist ein Bild, Tages-Anzeiger Zürich, 11.7.1997, S.57, Verlag Tages-Anzeiger AG, Zürich.
- Salvendy, J. T.*, Problemgebiete in der gruppenpsychotherapeutischen Praxis und Ausbildung, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Bd. 20, Heft 1, 221-239, Vandenhoeck & Ruprecht 1985.
- Satir, V.*, Therapeuten und Eltern als Modelle des Menschseins, in: *Roller, B., Nelson V.*, Die Kunst der Co-Therapie, Edition Humanistische Psychologie (EHP), Köln 1993, 247-260.
- Shaffer, J. B. P., Galinsky, M.D.*, Models of Group Therapy, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 2. Aufl. 1989.
- Spagnuolo Lobb, M., Salonia, G.*, Beyond the Empty Chair, unveröffentlichte Übersetzung aus dem Italienischen. Italienisch in: Quaderni di Gestalt 3, Edizioni H.C.C. 1986.
- Yalom, Irvin D.*, Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, J. Pfeiffer, München 1989.

Weitere Dokumentationen:

Jahresprogramm 1991 des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung und der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf und Hückeswagen.
ZAK-Theo, (Hrsg.) „Tree of Science“. Ein Erklärungsmodell für Theorie und Praxis der Integrativen Theorie, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, 5609 Hückeswagen, 1991.

Adresse der Autorin:
 Karin Kroner
 Sonneggstr. 31
 CH--8006 Zürich