

# Beziehung der Therapeuten in der Co-Therapie als Seismograph

***Bertram von der Stein, Peter Giesers***

Ein Seismograph ist ein hochempfindliches Gerät, um die unterirdischen Verschiebungen der Gesteinsschichten messen zu können. Die Messungen werden unter anderem als Vorwarnsystem genutzt, um Erdbeben vor ihrem Ausbruch feststellen zu können. Die gleichsam untergründig wirksamen Verschiebungen und Verwicklungen zwischen Co-Therapeuten beim gemeinsamen Leiten einer psychoanalytisch orientierten Gruppe können produktiv als Seismograph verstanden werden. Das Beziehungsgeschehen zwischen den Co-Leitern kann diagnostisch und therapeutisch genutzt werden als Hinweise auf mögliche unbewusste Prozesse in der Gruppe. Diese Spiegelfunktion kommt dem Zusammenspiel beider therapeutischer Protagonisten vor allem zu in Gruppen, in denen sog. „schwierige Patienten“ den Gruppenprozess nachhaltig beeinflussen. Damit das Beziehungsgeschehen zwischen den Therapeuten therapeutisch nutzbar gemacht werden kann und nicht zusätzlich die Gruppe belastet, ist es unabdingbar, dass die Therapeuten ihre Beziehung untereinander im Spannungsfeld von Übertragung und Gegenübertragung kritisch reflektieren. Dies gilt insbesondere für die eigenen Persönlichkeitsakzentuierungen der Therapeuten, die bei der Leiter-Paar-Bildung regelmäßig bestimmte typische Kollusionen eingehen, d.h. gemeinsame interpersonelle Abwehrmuster entwickeln, mit denen sie auf den Gruppenprozess reagieren und den Gruppenprozess ihrerseits stark beeinflussen.

Patienten, die häufig als „schwierig“ erlebt werden, erhalten oft die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“. Ihre Symptome sind interaktive Inszenierungen. Anders als neurotische Patienten stellen sie ihre Pathologie nicht symbolisch dar, sondern stellen sie interaktiv her. Wurmser nennt sie „schwere Neurosen“:

- wiederholte Perioden von Arbeitsunfähigkeit
- schwere Wahrnehmungsstörungen, meist korrigierbar
- Entfremdungserlebnisse
- selbsterstörerische Handlungen
- Spaltung und dichotomes Denken (gut – böse, rein – schmutzig)
- manifester Wiederholungszwang
- Gefühl mangelnder Freiheit
- süchtiger Gebrauch von Drogen / Alkohol/ Sexualität
- Ansammlung verschiedener schwerer Formen neurotischer Symptome
- Neigung zu agieren
- Neigung, auf Spannungen mit kriminellen Handlungen zu reagieren
- extreme Ambivalenz in Beziehungen
- Unfähigkeit, tiefere Gefühle von Nähe zu ertragen

Die Strukturmerkmale dieser Patienten sind: Keine trennscharfe Differenzierung von Selbst und Objekt, Mangelhafte Integration libidinöser und aggressiver Impulse, Somatisierung von Affektzuständen und impulshaftes Ausagieren, Persistenz primitiver Objektbeziehungen, unsichere Identität mit fragiler Selbstkonfiguration, Überwiegen von Verschmelzungswünschen in Verbindung mit tiefen Ängsten vor Nähe und Selbstverlust (Fragmentierung). Die Hauptabwehrmuster sind Spaltung und projektive Identifikation.

In der Behandlung schwerer Neurosen kommt dem gemeinsamen Aushalten intensiver Affekte (containing) eine große Bedeutung zu. Wichtig ist der Bezug zum Hier und Jetzt, weniger die Deutung der biografischen Vergangenheit. Es geht darum, die interpersonellen Abwehrmuster, die sich in der aktuellen Interaktion zeigen, zu analysieren und in ihrer Instrumentalität zu deuten. Das gemeinsame Erleben und Benennen schmerzhafter Affekte und die Überwindung der Angst, diese zuzulassen, sind die entscheidenden Wirkfaktoren der

Therapie. Daher geht es vorwiegend um Klarifizierung und um das langsame Überführen des Agierens in verbale, symbolische Ausdrucksformen.

Um die unerträgliche Spannung zwischen den irrationalen, strengen und gegensätzlichen Idealen zu mildern, ist es erforderlich, das Realitätsprinzip zu stärken.

In all diesen Punkten kann die Öffentlichkeit der Gruppe helfen. Allerdings wird diese in ihrer Belastbarkeit auch auf die Probe gestellt. Die zentralen Beziehungskonflikte dieser Patienten werden agierend in der Gruppe reinszeniert.

Die Rahmenbedingungen der Gruppe müssen einen ausreichend sicheren Halt bieten, es sind Absprachen über klare Grenzziehungen vonnöten. Außerdem muß die Gruppe heftige aggressive, zerstörerische Attacken aushalten können.

Die Co-Therapie hat mehrere Vorteile:

*- gegenseitige Ergänzung und Unterstützung der Therapeuten*

Dies ist nicht nur hilfreich für Anfänger, die sich schwer tun, mit den teilweise heftig auftretenden aggressiven Stimmungen und Übertragungen durch einzelne Patienten fertig zu werden. Man kann sich gegenseitig stützen und korrigieren. Gleichzeitig kann der Unerfahrene durch mehr Spontanität den erfahrenen Therapeuten, der oft eingefahrene Wege geht, produktiv ergänzen. Auch zwei erfahrene Therapeuten können aufgrund unterschiedlicher Wahrnehmungen und Erfahrungen sehr gut voneinander profitieren und rascher zu einer differenzierteren Sicht gelangen.

*- die Erweiterung des Übertragungsangebotes*

Dies gilt hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Persönlichkeit, des kulturellen und religiösen Hintergrundes. Ein Leiterpaar bietet für jeden Patienten ein erweitertes Übertragungsangebot das somit den therapeutischen Prozess beschleunigen kann.

*- die Aufhebung der Begrenztheit eines Therapeuten*

Dieser Punkt ergänzt den vorherigen auf der Therapeutenseite. Die Ich-Erweiterung durch fachlichen Austausch (4 Augen und Ohren sehen und hören mehr als 2) ist im multidimensionalen Beziehungsgeflecht der Gruppe ein unschätzbare Vorteil.

*- die schnelle Reaktivierung der Familienebene mit ödipaler Elternübertragung*

Dies gilt vor allem für ein gemischt-geschlechtliches Leiterpaar bei einer entsprechenden Übertragungsbereitschaft der Gruppenmitglieder. Erfahrungsgemäß kommt es rasch zu einer Reaktivierung verschütteter ödipaler Konflikte, die die Gruppenmitglieder projektiv bei anderen meist schnell entdecken und häufig – stellvertretend und ansatzweise – bearbeiten können.

Ferner bietet die Gruppe - insbesondere für Borderline-Patienten – die Möglichkeit, gutes und böses Objekt zeitweilig getrennt zu halten bei gleichzeitiger Anwesenheit und Auseinandersetzung mit dem jeweils anderen Teil, so dass trotz aktiver Spaltung die therapeutische Beziehung zu beiden Therapeuten aufrechterhalten bleibt.

Letztlich ist das Therapeutenpaar auch ein Modell für Beziehung und bietet somit im Falle einer gelungenen co-therapeutischen Beziehung – vor allem bei einem gemischtgeschlechtlichen Leiterpaar - auch die Möglichkeit der Identifikation sowohl für weibliche als auch männliche Gruppenteilnehmer.

## **Kehrseiten der Co-Therapie**

Zu große Übereinstimmung und zu große Gegensätzlichkeiten zwischen den Therapeuten können ein „prä-ödipales Klima“, in dem destruktiv symbiotische Beziehungen vorherrschen unter Verleugnung aggressiver Aspekte, andererseits aber auch zu große Gegensätzlichkeiten mit unverbundener und destruktiver Assertivität reaktivieren. Ferner

sind die Vervielfachung der Beziehungsmöglichkeiten mit einer Tendenz zur Unüberschaubarkeit verbunden.

Unausgesprochene Konflikte zwischen den Leitern können unbewusst den Gruppenprozess i. S. von Konkurrenz- und Machtkampf um die Gunst der Gruppe bestimmen.

Vereinseitigung der Deutungsebene auf ödipale Themen kann auch das Ergebnis eines Übertragungsangebotes eines Paares darstellen. Die Spaltung zwischen guten und bösen Therapeuten, insbesondere mit fixierter unbewusster Rivalität ohne reflexive Aufarbeitung kann eine Konkurrenzhaltung befördern und somit das Agieren der Patienten zu Gunsten des Verstehens fördern.

Jede kleinste Beziehungsstörung zwischen dem Leiterpaar kann unbewusst gespürt werden und beeinflusst den Therapieprozess möglicherweise destruktiv, wenn er nicht aufgearbeitet wird. Somit ergeben sich aus den Problemen der Beziehung zwischen Therapeut und Co-Therapeut die eigentlichen Nachteile der Co-Therapie. Die Beziehung ist hochkomplex und störanfällig. Sie besteht im Beziehungsgeflecht aus dem lebensgeschichtlich und sozialgeschichtlich determinierten Verhaltensstil, d. h. der Persönlichkeitsstruktur der Patienten und der Therapeuten. Hierzu gehört die Fähigkeit der Therapeuten, sich als Übertragungsobjekt verfügbar zu machen und es dem Patienten zu ermöglichen, frühkindliche Objekte und konflikthafte Beziehungsschemata in der Beziehung zum Therapeutenpaar wiederzubeleben.

Dies sollte mit Hilfe der eigenen emotionalen Antworten (Gegenübertragung auf die Übertragung der Gruppenmitglieder oder der Gesamtgruppe) geschehen. Hierbei ist in Folge der relativ unübersichtlichen Beziehungsgeflechts die Trennung projektiver Verzerrung der Patienten von eigenen persönlichkeitsbedingten Verzerrungen der Therapeuten und der Gestaltung ihrer Beziehung um so schwieriger.

Häufig ist ein Therapeutenpaar unbewusst geneigt, aus der Rolle heraus zu interpretieren oder gar zu agieren, die ihn die projektive Identifikation der Gruppe oder einzelner Gruppenmitglieder zuweist oder es zu unterlassen. Via projektive Identifikation schafft der Patient eine entsprechende Gegenübertragung. Die auf Therapeut und Co-Therapeut bezogenen Übertragungsanteile sind Teilaspekte einer multilateralen Übertragung, mit anderen Worten: aus wechselseitigen projektiven Identifikationen und Gegenidentifikationen (Greenberg 1973). Die Gefahr, mittels projektiver Identifikation die Patienten zu verwickeln, ist nach Foulkes vor allem in der Initialphase der Gruppe gegeben, die durch magische Erwartungen gegenüber dem Therapeutenpaar gekennzeichnet ist und daher führer- und elternfixiert ist. Auch in der Endphase können diese stärkeren Verwicklungsmöglichkeiten auftreten, da die in der Mittelphase bereits überwundene Abhängigkeit vom Therapeutenpaar stärker zu Tage tritt, die in der Mittelphase keine so große Rolle spielt.

Allerdings muss die von Foulkes gewählte Einteilung relativiert werden, da vor allem bei offenen Gruppen in Kliniken mit wechselnden Patienten unterschiedlichem Störungsniveau sich eine eher therapeutenpaar-orientierte Situation ergeben kann mit jedem neu aufgetretenen Konflikt. Unbewusste Konfliktspannungen in der Gruppe werden dadurch neutralisiert, indem Gruppenmitglieder das Therapeutenpaar in bestimmte Rollen drängen, um sich selbst zu entlasten.

Beispiel:

Eine geschlossene analytische Gruppe, die sich zu einem Intensivworkshop trifft (15 Gruppensitzungen in 8 Tagen), beginnt mit den einleitenden Grußworten der weiblichen Gruppenleiterin, die erfahrener und deutlich älter ist als der männliche Co-Leiter. Dieser begrüßt als Zweiter die Gruppe. Beide Co-Leiter stellen sich dabei nicht mit Namen vor. Als der männliche Leiter gefragt wird, wie sein Name laute, beantwortet er die Frage knapp, aber betont freundlich. Als die weibliche Leiterin ebenfalls gefragt wird, schweigt diese. Die

Gruppe geht schnell darüber hinweg („Namen sind Schall und Rauch“) und beschäftigt sich mit ihrer Anreise, dem Wetter, den Zimmerunterkünften. Dabei ist auffällig, dass sich die Gruppe hineinsteigert in ängstliche und düstere Befürchtungen, was ihnen alles passieren könne. Im Verlaufe dieser und der folgenden Stunden wird die Leiterin massiv angegriffen, sie sei böse, hinterhältig, allmächtig. Der Co-Leiter sei schwach, abhängig, eine halbe Portion, eigentlich eher ein Teilnehmer. Es bildete sich ein starres Übertragungsmuster auf der Seite der Patienten. Auf der Seite der Leiter kam es zu hochtheoretischen Auseinandersetzungen darüber, wie man mit frühgestörten Patienten umgehen sollte (Fragen der Abstinenz, Konfliktpathologie vs. Entwicklungspathologie, Deutung vs. korrigierende emotionale Erfahrung etc.). Darüber kann man trefflich streiten. In Bewegung kam der Gruppenprozeß aber erst, als sich das Leiterpaar über die persönliche Verstrickung klar wurde. Der männliche, junge Leiter hatte aus Angst vor der Gruppe eine aggressionsgehemmte Haltung eingenommen, die ihn verführbar machte für die Angebote der Gruppe, ihn auf ihre Seite zu ziehen. Gleichzeitig suchte er unbewusst die Unterstützung der Gruppe, um sich in der Konkurrenz zur übermächtigen Leiterin zur Wehr setzen zu können und heimlich über die Leiterin zu triumphieren. Die Leiterin wiederum war schnell innerlich wütend und neidisch auf die lockere Haltung des Coleiters, der sich mit witzigen Bemerkungen in Szene zu setzen wusste und damit einige Interventionen der Leiterin konterkarierte. Sie hätte sich lieber einen anderen Partner gewünscht und wertete ihn innerlich ab. Als diese Beziehungsstörung zwischen den Leitern klar wurde und besprochen werden konnte, löste sich auch die starre Übertragung der Gruppe. Die einzelnen Teilnehmer konnten sich nun mehr und sehr ernsthaft mit sich beschäftigen: Dabei wurde deutlich, dass mehr als die Hälfte der Gruppenmitglieder entweder in ihrer Ursprungsfamilie oder selbst psychotische Erkrankungen erfahren hatten. Die Mütter waren häufig krank und unberechenbar, die Väter oft schwach oder selten anwesend. Die Spaltung diente der Abwehr eigener psychotischer Ängste.

### Die Veränderung beginnt zwischen dem Leiterpaar

Die Beziehung zwischen Therapeut und Co-Therapeut kann durch Übertragungsrollen bestimmt sein vor dem Hintergrund der Primärfamilie. Somit kann es durch projektive Identifikation der Gruppe zum Agieren der Therapeuten kommen. Folgende klassische Kombinationen können dabei aufkommen:

**Übertragungsangebot der Leiter  
Übertragung der Gruppe  
(z. B. durch projektive Identifikation)**

**Mögliche Folgen**  
- **Agieren der Therapeuten**  
- **Abwehrhaltung der Gruppe**

<p>Das „verschmolzene Paar“  (Rivalitätsabwehr bei den Therapeuten, Angst vor Aggression in der Gruppe)</p>	<p>Unterschiedliche Meinungen werden im Gruppengeschehen verleugnet oder überspielt, der eine tritt als Erweiterung des anderen auf. Die Verklammerung der Leiter verführt die Gruppe zum Verharren in präödipl-paradiesischen Phantasien, sie bleibt in Abhängigkeit bei einer Idealisierung der Leiter</p>
<p>„Rivalisierendes Paar“</p>	<p>Subtile Entwertung des therapeutischen Partners, Wettkampf um die besten Deutungen, Wettkampf um Redezeiten unter Vernachlässigung des Gruppengeschehens. Unbewusste Suche nach Bündnissen mit Gruppenmitgliedern. „Unehliches“ Rivalisieren innerhalb der Gruppe („pseudo-ödipl“).</p>

<p>„Ödipales Paar“ Vater-Tochter / Mutter-Sohn</p>	<p>Beim Jüngeren: Schwanken zwischen Unterordnung und geheimer Rebellion mit der Neigung, sich für den Gruppenprozess nicht verantwortlich zu fühlen. Die Gruppe versucht, den Jüngeren zu depotenzieren und zu verdrängen, der Ältere wird idealisiert (Abwehr gegen Vaternord- und Muttermord-Phantasien)</p>
<p>Vernachlässigendes Elternpaar</p>	<p>Patienten werden übersehen, Setting wird verletzt. Therapeuten sind ohne Kontakt zueinander und ohne Interesse für die Patienten. Häufig dissoziierte Interventionen. Die Gruppe ist häufig apathisch, zerfahrene Dialoge.</p>
<p>„Pater und Nonne“</p>	<p>Sexuelle Themen werden verleugnet aus Vermeidung von Kastrationsangst (es kann einem nichts passieren, wenn man keinem Geschlecht angehört). Häufig Kollusionen zwischen der Gruppe und den Therapeuten, um phallisch-aggressive Impulse zu unterdrücken.</p>

### **Persönlichkeitsakzentuierungen der Therapeuten und ihre Folgen für die Co-Therapie**

Hierbei muss deutlich betont werden, dass es nicht darum geht, Therapeuten zu pathologisieren, sondern lediglich Persönlichkeitstendenzen und Zuspitzungen zu kennen und diese ggf. produktiv einsetzen. Es kommt jedoch immer wieder zu Verwicklungen der Co-Therapeuten untereinander, die, wenn sie nicht reflektiert werden, im Gruppengeschehen eher nachteilig sind.

So neigen *zwanghafte Therapeuten* dazu, ihre eigene Vorgehensweise zu idealisieren und den anderen als Störenfried zu empfinden. Sie können es oft schwer ertragen, wenn der Maßstab richtig und falsch durch den Co-Therapeuten verletzt wird. Dies zeigt sich bei Beurteilungen, Reaktionen auf Zuspätkommen, Zeitüber- oder unterschreitungen durch Patienten. Zwanghafte Therapeuten berücksichtigen oft wenig die Anregung des Kollegen und verfahren nach ihrem eigenen Plan. Sie können sich oft schwer in andere Normsysteme hineindenken und achten daher streng auf die adäquate Ausbildung und Ausrichtung der Kollegen. Hierbei neigen sie oft dazu, andere auszubremsen, insbesondere, wenn sie negative Folgen für spontanes Handeln der Therapeuten in der Gruppe fürchten. Hierbei verbünden sie sich auch leicht gegen den Kollegen mit intellektualisierenden Patienten. Vor allem haben sie Angst vor Affekten und Chaos durch die Co-Therapie. Als Unerfahrene bleiben zwanghafte Therapeuten oft passiv, da sie meinen, erst nach längerer Ausbildung mit der Gruppe interagieren zu können, als Erfahrene gängeln sie die unerfahrenen Co-Therapeuten und neigen dazu, diese zu oft in reflektierende Zwischenbilanzen hinein zu ziehen, bis der Kollege oder die Kollegin Schach matt gesetzt ist.

*Depressive Therapeuten* scheuen oft die Konfrontation mit Patienten, um deren Liebe und Zuneigung nicht zu verlieren und gehen oft in die Position des Gewährenden, während sie dem Co-Therapeuten die Reue des Grenzsetzers überlassen. Dies führt oft zu Polarisierungen und Verärgerungen des Co-Therapeuten, da dieser oftmals einseitig in eine negative Täterrolle hineinmanövriert wird. Depressive Therapeuten sympathisieren oft mit den passiven Opfern gegen die aktiven Täter, wobei sie es oft nicht merken, dass sie die Gruppe zu Ungunsten des Co-Therapeuten polarisieren. Bei Spannungen zwischen den

Therapeuten ordnen sie sich allerdings zu oft bereitwillig den Vorstellungen des Kollegen unter, geben die Gruppenleitung vordergründig an diesen ab, sind andererseits aber enttäuscht über diesen, da er diese entmachtet hat. Depressive Therapeuten betonen oft die schicksalhafte Seite biographischer Belastungen, überlassen den Appell an die Eigenverantwortung dem Kollegen. Sie leiden unter dem Co-Therapeuten und vermeiden Auseinandersetzungen in Besprechungen und Supervisionen. Sie lassen sich oft auch von Patienten angreifen und zu Opfern machen und überlassen dem Kollegen die Verteidigung. Bei Konflikten mit Co-Therapeuten und Patienten werden depressive Therapeuten eher krank als sich produktiv auseinander zu setzen. Sie verletzen oft das Gruppensetting durch gewährende Gutmütigkeit und kommen in die Rolle eines permissiven, passiv-vernachlässigenden Elternteils.

*Phobische Therapeuten* fühlen sich oft dem Co-Therapeuten als steuerndes Objekt angewiesen und lassen, wenn dieser nicht anwesend ist, gerne Gruppentermine ausfallen. Sie konfrontieren zu spät oder gar nicht, konfrontieren zu früh ohne Kooperation mit dem Kollegen in kontraphobischem Modus und reden deutlich mehr als der Kollege. Hierbei begünstigen sie auch das kontraphobische Agieren von Patienten, nutzen Besprechungen und Supervisionen als Steuerungsinstrumente gegen ihre Angst vor Unabwägbarkeiten der Gruppe.

*Schizoide Therapeuten* meinen oft, die Gruppe und auch der Co-Therapeut könnten wortlos ihre Gedanken und Hinweise verstehen, registrieren oft die Anwesenheit des Co-Therapeuten als eines getrennten Anderen nicht und nehmen zu wenig Bezug auf dessen Interventionen, Gedanken und Anregungen, verzweifeln oft an „banalen Patiententhemen“ oder der nicht idealen Therapiesituation oder an der vermeintlich nicht vorhandenen Qualifikation ihres Kollegen. Hierbei schätzen sie dessen Fähigkeiten oft falsch ein, neigen zur inadäquaten Idealisierung oder Eigenschaftszuweisung, ohne den anderen zu kennen. Sie geben sehr oft zu schnell ein inadäquates Urteil über die Qualität der Zusammenarbeit ab, überfordern hiermit Co-Therapeuten und Patienten, da sie deren Umsetzungsschwierigkeiten in der Gruppenpraxis unterschätzen. Schizoide Therapeuten reagieren auf projektive Identifizierungen, die den Therapeuten den Patienten ähnlich machen sollen entweder mit schroffer Aversion oder fusionären Verschmelzungsangeboten, verwickeln sich daher auch mit dem Co-Therapeuten oft außerhalb der Gruppe. Sie haben wegen ihrer Neigung zur Ideologiebildung oft Schwierigkeiten, in einem nicht ideal ausgebildeten Kollegen zu akzeptieren. Sie sind oft zerstreut und hören dem Co-Therapeuten und dem Patienten nicht zu. Sie deuten oft zu tief, ohne zu berücksichtigen, ob die Gruppe oder der Co-Therapeut folgen kann, ob ihr Deutungsangebot überhaupt verstanden werden kann. Hierbei gehen sie oft unempathisch vor, indem sie mit der Deutungskeule die Patienten verschrecken und unnötige Widerstände erzeugen. Schizoid akzentuierte Therapeuten haben oft wenig Kontakte außerhalb ihrer Therapien und messen auch der co-therapeutischen Beziehung einen sehr hohen Stellenwert ein.

*Hysterische Therapeuten* nutzen Patienten und Co-Therapeuten als Publikum und spielen dann eine Rolle, die vermeintlich gut ankommt. Sie verleiten Patienten unbewusst zu Normverstößen und überlassen kontrollierende Grenzsituationen dem Co-Therapeuten und überlassen auch diesem das „langweilige“ Durcharbeiten. So neigen sie oft dazu, Themenwechsel der Patienten unreflektiert mitzumachen, überlassen klarifizierende Interventionen oft dem Kollegen, versuchen unbewusst die Gruppe in Gang zu halten, damit etwas passiert und übertreiben hierbei oft Affekte und übersehen schwächere und diskretere Signale. Oft wird der Abwehrcharakter dramatisch geschilderter Träume oder exzessiver Verhaltensweisen in der Gruppe überinterpretiert. Hysterische Therapeuten finden oft im Gegensatz zu ihrem Kollegen Patienten schnell langweilig und suchen die Schuld gescheiterter Behandlung gemeinsam mit dem Patienten bei Kollegen, manchmal auch in Vertretungssituationen. Sie haben Schwierigkeiten, hinter die Sexualisierungen der Patienten zu blicken und überlassen die Desexualisierung oft dem therapeutischen Partner. Hysterische Therapeuten verlegen oft und häufig Termine, ändern schnell das Behandlungssetting, ohne sich mit dem Co-Therapeuten abzusprechen.

*Narzisstische Therapeuten* fühlen sich schnell vom Co-Therapeuten bedroht und entwertet und haben Angst, er könne erfolgreicher sein. Sie legen daher keinen großen Wert darauf, dass der Co-Therapeut, sofern er weniger Erfahrung hat, selbstständig wird, etwas lernt oder eigene Erfolge hat. Sie phantasieren eine therapeutische Beziehung, indem die Patienten nur sie braucht. Sie neigen dazu, Entwertungsmanöver von Patienten, die sich auf den therapeutischen Partner beziehen als Bestätigung ihrer eigenen Kompetenz zu werten und unterstützen diese unbewusst oder sogar offen. Sie schützen Co-Therapeuten vor Angriff nur, wenn es ihnen selbst nützt und versuchen, oft den Co-Therapeuten diskret, z. B. gönnerhaft zu entwerten. Sie sind gekränkt, wenn sich Patienten mehr mit dem Co-Therapeuten beschäftigen als mit ihnen und trennen sich schnell vom Co-Therapeuten und Patienten, die vermeintlich keine Fortschritte machen, bzw. ihnen die Anerkennung verweigern.

Aus diesen Gegebenheiten lässt sich schnell ableiten, dass in der Co-Therapie verschiedene Klippen zu beachten sind.

*Zusammenfassend* stellt sich ein Machtkampf bei anankastischer Akzentuierung der Therapeuten ein, ein Mangel an Kommunikation bei Schizoidie, Abhängigkeiten bei Depressivität, gegenseitige Entwertung bei Narzissmus und übermäßige Sympathie bei Hysterie.

### **Was kann man tun, damit der Seismograph sauber arbeitet ?**

1. Keine Co-Therapie ohne ausführliches Vorgespräch beginnen
2. Mit jemandem eine Gruppe leiten, den man nicht leiden kann,
3. Nicht mit jemandem eine Gruppe leiten (bei Therapeuten, die reale Paare sind, muss die Beziehung konsolidiert sein, d. h. nicht im Stadium der frischen Verliebtheit), in dem man verliebt ist
4. Angst davor Fehler zu machen überwinden
5. Erfahrungsunterschiede klar ansprechen, Generationendifferenzen nicht verleugnen
6. Meinungsunterschiede vor der Gruppe nicht verleugnen
7. Respektvoller Umgang mit der Verschiedenartigkeit des Co-Therapeuten (ohne geheime Abwertung)
8. Offene Kommunikation vor der Gruppe
9. Auf eigene Akzentuierungen achten (Selbsterfahrung !)
10. Darauf achten, dass trotz bekannter Persönlichkeitsakzentuierungen die Rollen des Gewährnden und Begrenzenden nicht starr verteilt werden.
11. Genügend Zeit für Besprechungen einplanen
12. Bei Supervisionen Anwesenheit beider Therapeuten

### **Literatur:**

- Böttger, E. (1994): Co-Leitung, in: Haubl, R., Lamott, F.: Handbuch Gruppenanalyse.  
Grotjahn, M. (1985): Kunst und Technik der analytischen Gruppentherapie. Frankfurt a. M. (Fischer)  
Foulkes, S. H. (1986): Gruppenanalytische Psychotherapie. Frankfurt a. M. (Fischer)  
Hayne, D. M. (1998): Die Indikationsstellung in der Gruppentherapie. In: Jahrbuch für Gruppenanalyse Bd. 4, 137-148.  
Heigl-Evers, A: (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)  
Jansen, P.L. (1995): Erfahrungen mit analytischer Gruppenpsychotherapie bei strukturellen Ich-Störungen. In: Jahrbuch der Gruppenanalyse 1995.

Bertram von der Stein, Peter Giesers: Die Beziehung der Therapeuten in der Co-Therapie als Seismograph

Roller, B., Nelson, V. (1993): Die Kunst der Co-Therapie. Köln (Edition Humanistische Psychologie)

Rosenbaum, M. (1976): Co-Therapie. In: Ammon, G. (Hrsg.) , Gruppenpsychotherapie.

Wurmser, L. (1993): Flucht vor dem Gewissen. Berlin/Heidelberg (Springer).

**Autoren:**

Bertram von der Stein, Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker. Gutnickstr. 42, 50769 Köln

Peter Giesers, Diplom-Psychologe, Psychotherapeut, Gruppenpsychoanalytiker. Graf-Geßler-Str. 1, 50679 Köln