

Sokrates als Chirurg?

Überlegungen zum Selbstverständnis des Psychotherapeuten¹

Alfred Köth



Die Polarität zwischen Medizin und Pädagogik (vgl. hierzu Köth, 2011) hat in der Psychotherapie eine lange Tradition. Eva Jaeggi, die als eine der führenden Psychotherapeutinnen im deutschsprachigen Raum gilt, sprach einmal davon, dass die Psychotherapie «gewichtige Ahnen» hat: Priester, Heiler, Lehrer, Ärzte. «Von all dem steckt in den Psychotherapien modernen Zuschnitts etwas drin – die Therapieschulen lassen sich zum Teil auch danach unterscheiden, wie viel von diesem Erbe der Ahnen in ihnen jeweils enthalten ist» (Jaeggi, 1994, S. 108). Laut einer alten Unterscheidung, die der Philosoph Max Scheler in einem Aufsatz von 1912 vornahm (zitiert und kritisch diskutiert in der philosophischen Dissertation von Dr. med. Rolf Glazinski, 1997, S. 183f.), gibt es zwei Auffassungen von der Rolle des Psychotherapeuten, die sich wechselseitig ausschliessen und die auf grundverschiedene theoretische Vorstellungen über das Seelenleben und über die «Endabsicht» von Psychotherapie zurückgehen:

- *psychischer Chirurg*: Hiernach geht es um einen irgendwie zu machenden Eingriff in den kausalen Ablauf der psychischen Erlebnisse des Patienten mit der Endabsicht, sie in die Bahn einer normalen Verlaufsform zu zwingen.
- *sokratischer Helfer*: Hiernach ist es Endabsicht, dem Patienten zur Einsicht über sich selbst, besonders den Sinnzusammenhang seiner tatsächlichen Erlebnisse der Vergangenheit zu verhelfen, um ihn von «Selbsttäuschungen» freizumachen.

Scheler nahm diese Unterscheidung natürlich in parteilicher Absicht vor, lehnte die erste Auffassung, der er alle Suggestionmethoden zuordnete, ab und befürwortete die zweite, der er die Psychoanalyse zuordnete.² In meiner ei-

1 Anmerkung der Redaktion: Der Autor dieses Textes schreibt aus deutscher Warte und den dortigen gesetzlichen Verhältnissen. Wir fanden den Text dennoch auch für ein Schweizer Publikum spannend, wie auch auch für ein internationales deutschsprachiges Publikum.

2 Scheler übergeht hier, dass Freud selbst in seinen ebenfalls 1912 veröffentlichten «Ratschlägen für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung» die Chirurgenmetapher wählte. In den neueren Diskussionen zu Veränderungen in der klinischen Theorie der Psychoanalyse wird auf die Veränderung leitender

genen Dissertation (vgl. Köth, 2007) und einem daran anschliessend veröffentlichten «Plädoyer für ein bildungsorientiertes Verständnis von Psychotherapie» (Köth, 2008b) nehme ich eine ähnliche Unterscheidung zwischen einem (von mir kritisierten) medizinisch-geprägten und einem (von mir befürworteten) bildungsorientierten Verständnis vor (vgl. auch Köth, 2008a). In der Psychotherapieforschung hatte bereits 1986 Hans H. Strupp, einer der «grand old men» der Psychotherapieforschung, anstelle des *medizinischen* Modells eher ein *erzieherisches* Modell gefordert: «If analogies are called for, an educational or parenting model is more appropriate for the study of psychotherapy than the drug treatment model» (Strupp, 1986, S. 128).

Dass Psychotherapiepraxis und -forschung stark mit medizinischen Metaphern und Denkweisen verknüpft sind (vgl. Flader, 2000), liegt sicherlich daran, dass die Psychoanalyse von einem Arzt entwickelt wurde und dass die Anlässe meist in Krankheitskategorien (Hysterie, Phobie, Depression, Schizophrenie u.ä.) diagnostiziert wurden. Viele Inanspruchnehmer von Psychotherapie verstehen sich selbst als «Patienten» und folgen der Empfehlung ihres Hausarztes, einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Gleichwohl setzt Psychotherapie de facto in der Regel bei Lebens- und Beziehungsproblemen an, das heisst immer dann, wenn Menschen, wie es zum Beispiel im österreichischen Psychotherapiegesetz formuliert ist, von «psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen» betroffen sind:³

«Menschen wenden sich an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weil sie unter ihrer derzeitigen psychischen und/oder sozialen Situation leiden und sich deshalb in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt fühlen. Es kann dabei um Partnerkonflikte, Probleme im beruflichen Bereich, verschiedene emo-

Metaphern (vom Chirurgen zum Mitspieler) hingewiesen (vgl. Bohleber, 2012, S. 41ff.).

3 Möglicherweise kann man hier differenzieren: Psychotherapeuten mit einem bildungsorientierten Verständnis definieren den Anlass als Lebensproblem und suchen nach Lösungen; Psychotherapeuten mit medizinisch orientiertem Verständnis sehen Symptome und Syndrome und suchen nach Krankheitseinheiten.

tionale Probleme, innerseelische Konflikte, Identitäts- und Orientierungslosigkeit, Sinnfragen und vieles mehr gehen» (Rauchfleisch, 2001, S. 41).

Von E. und M. Polster wird die Aussage zitiert: «Therapie ist zu wertvoll, um nur den Kranken vorbehalten zu sein» (zit.n. Laireiter, 2000, S. 181). In der vielzitierten und heftig umstrittenen Studie zur «Psychotherapie im Wandel» wurde auf die Problematik der Abgrenzung von «normalen» Lebensproblemen und «Störungen von Krankheitswert» hingewiesen: «Diese Grenzen sind so schwer zu ziehen, weil es sie in Wirklichkeit nicht gibt. Sie liegen nicht in der Sache begründet, sondern sind ein Erfordernis unseres Gesundheitssystems» (Grawe et al., 1994, S. 9f.).

Spätestens mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998, letztlich aber bereits 1967 mit der Integration der ambulanten Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung und dem Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinien (vgl. Dahm, 2015), wurde der Psychotherapiebegriff an den Krankheitsbegriff gekoppelt und damit der Medizin zugeordnet. Medizinisches Denken gewann die Oberhand über das pädagogische Denken. Die humanistischen und systemischen Ansätze, in denen pädagogische und soziale Aspekte der Psychotherapie im Vordergrund standen, wurden im ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbereich von der Finanzierungsmöglichkeit ausgenommen und haben infolgedessen auch in der Ausbildung von Psychotherapeuten einen schweren Stand. In den vom medizinischen Denken geprägten Psychotherapie-Richtlinien wird explizit Paar- und Familientherapie ausgeschlossen und gleichzeitig eine Festlegung auf eines von zwei «Verfahren» vorgeschrieben. Eine Kombination der analytisch-begründeten Verfahren mit Verhaltenstherapie wird kategorisch abgelehnt: «Jedes dieser Verfahren hat seine methodenbezogene psychotherapeutische Eigengesetzlichkeit und seine spezifischen, die therapeutische Interaktion bestimmenden Einstellungsebenen» (Faber et al., 1999, S. 57).

Auf dieser Grundlage der bereits bei Scheler formulierten wechselseitigen Unvereinbarkeitsannahme der «grundverschiedenen» Vorstellungen beruhen die – zumindest in Deutschland⁴

geführten – «Konfessionskriege» zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. Was für das eine psychotherapeutische Lager die Grundlage der Methode ist, nannte die andere Schule einen Kunstfehler und umgekehrt. Jede in Forschungsergebnissen propagierte Erfolgsmeldung des einen Verfahrens wurde von Vertretern des anderen Verfahrens kritisch kommentiert, auch heute – 2017 – noch. Bemühungen zur Integration verschiedener Modelle und Konzepte gab es zwar in der Theorie.⁵ Auch die reale Praxis von Psycho-

neller Art zu haben. So ist es zum Beispiel in den USA möglich – was die deutschen Psychotherapie-Richtlinien explizit ausschließen –, psychoanalytische Verfahren mit kognitiver Verhaltenstherapie zu koppeln. Die scharfe Differenz zwischen den beiden «Modellen» bzw. «Schulen», die die deutsche Diskussion beherrscht, wird auf amerikanisch-pragmatische Art gelöst: Die kognitive Verhaltenstherapie beansprucht als ihr Terrain «das Bewusstsein», wohingegen die Psychoanalyse «das Unbewusste» zum Gegenstand hat. Damit geraten sich die beiden «Schulen» nicht ins Gehege und US-Amerikas wortgewaltigster Psychotherapeut kann zum Beispiel formulieren: «Ich selbst bin von Haus aus Psychoanalytiker und bediene mich vorwiegend der psychoanalytischen Methode. [...] [D]och habe ich einen Intensivkurs für kognitive Verhaltenstherapie absolviert und mich in der Behandlung von Angstsyndromen unterweisen lassen» (Yalom, 2004, S. 166).

5 Der Lehrbuch-Klassiker: Praxis der Psychotherapie von Senf/Broda wurde in der ersten Auflage 1996 noch als «integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie» betitelt, die zweite, neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2000 umfasste auch systemische Therapie und benannte zumindest «andere psychotherapeutische Methoden» (Familientherapie, Gesprächspsychotherapie, katathym-imaginative Psychotherapie, Hypnose und körpertherapeutische Ansätze sowie übende und entspannende Verfahren wie autogenes Training und progressive Muskelrelaxation; die dritte, völlig neu bearbeitete Auflage 2005 beinhaltete bereits die von Jürgen Kriz formulierten vier psychotherapeutischen «Grundrichtungen» und bearbeitete in jeweils eigenen Kapiteln (wie auch die vierte 2007 und fünfte Auflage 2011) die psychoanalytische, die verhaltenstherapeutische, die systemische und die humanistische Perspektive. In dem aktuellen integrativen Lehrbuch von Cord Benecke (2014) werden neben biologischen Modellen und Risiko- und Schutzfaktoren auch diese vier «Grundlagenmodelle»

4 US-amerikanische Psychotherapeuten scheinen dagegen weit weniger Berührungspunkte konfessio-

therapeuten dürfte weitgehend eklektisch sein,⁶ die Praxis der Finanzierung von Psychotherapie beharrt jedoch auf der klaren Zuordnung zu einem Verfahren. Damit und auch durch die in der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz dominierende Zweiteilung in psychodynamische und verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitute wird auch das Selbstverständnis eines Psychotherapeuten oft «schulenspezifisch» geprägt. Diese schulischen Identitäten werden von Buchholz scharf als «Synonyme für Lernbehinderungen» kritisiert (Buchholz, 2003, S. 9). In seinem neuesten Buch diskutiert Cord Benecke, Professor für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel, zentrale Konzepte und Wirkprinzipien der beiden in Deutschland verbreitetsten «Schulen»: psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich (Benecke, 2016). Die Herausgeber dieses Buches (Inge Seiffge-Krenke und Franz Resch) gehen auch 2016 noch davon aus, dass nach wie vor eine starke Konkurrenz der «Schulen» im Bereich der Psychotherapie besteht. Die «verblüffenden» Ähnlichkeiten, die Benecke herausarbeitet, seien stärker durch eine Annäherung der Verhaltenstherapie an die Psychoanalyse als umgekehrt zustande gekommen. Benecke vergleicht sowohl die (seit Freuds Zeiten weiterentwickelten und inzwischen recht heterogenen) «Grundlagenmodelle» (auch Metatheorie genannt) als auch die Veränderungstheorien und -methoden von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) und psychodynamischen Konzepten. Als das zentrale konzeptionelle Merkmal

behandelt, der integrierende rote Faden wird jedoch in der Emotionsregulierung gesehen und sodann werden (laut einer Rezensentin bei amazon) «wertneutral und ausgewogen» die verschiedenen «Interventionsformen» dargestellt.

6 In der 5. Auflage (2004) des *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* schreiben Lambert/Garfield/Bergin: «Most professionals in North America prefer some form of eclecticism» (Lambert, 2004, S. 805). Bereits 1982, zu Zeiten des Psychobooms, bemerkte Hans Kind, der 30 Jahre lang die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsspital Zürich leitete, «dass die meisten Psychotherapeuten im Laufe der Zeit ihren persönlichen Behandlungsstil entwickeln und je nach Erfordernissen der Patienten auch Elemente verschiedener Methoden kombinieren» (Kind, 1982, S. III).

der Psychoanalyse (und der davon abgeleiteten psychodynamischen Ansätze) nennt er das Unbewusste. Inzwischen würden auch von der Verhaltenstherapie konzeptionell Aspekte des Unbewussten einbezogen, beispielsweise wenn davon ausgegangen wird, dass zahlreiche kognitive Prozesse ohne Beteiligung bewusster Wahrnehmung (z.B. Priming) ablaufen.⁷ Statt des Triebmodells der frühen Psychoanalyse werden inzwischen menschliche Grundmotive und Bedürfnisse angenommen, die aufgrund frühkindlicher Erfahrungen innerseelische Konflikte erzeugen. Diese Konflikte werden durch auslösende Situationen aktualisiert. Diese Gedanken sind in der Verhaltenstherapie im konsistenztheoretischen Modell von Grawe, in der Plananalyse von Caspar und der Schematherapie von Young mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten konzeptionell integriert. Auch die Affekte, Emotionen und Gefühle sind sowohl in den psychodynamischen als auch den verhaltenstherapeutischen Weiterentwicklungen unterschiedlich konzipiert worden. Die Emotionsregulierung bzw. Emotionsregulation ist Ziel in beiden Ansätzen, wobei in den psychodynamischen Ansätzen ein größeres Gewicht auf die unbewusste bzw. emotionale Reifung gelegt wird, während in den Verhaltenstherapien die bewusste, kognitive Ebene betont wird. Verfahrensübergreifender Konsens, wenn auch mit den verschiedensten Begriffen belegt (Klischees, szenische Muster, innere Arbeitsmodelle, Schemata, states of mind, pathogenic beliefs, RIGs usw.), besteht heute darin, dass frühe Beziehungserfahrungen sich innerpsychisch niederschlagen und das spätere Beziehungserleben und -verhalten stark beeinflussen und eng mit psychischen Störungen verknüpft sind.

Bezüglich der Veränderungstheorien nennt Benecke für die psychodynamischen Theorien drei «Wirkfaktoren»: die Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, die Vermittlung emotionaler Einsicht in die unbewussten Hintergründe von Symptomatik, Erleben und Handeln sowie die Förderung von unzureichend zur Verfügung stehenden strukturellen Funktionen. Die Verhaltenstherapie würde hier wohl von Beziehungsaufbau, Psychoedukation und Ressourcenmobilisierung sprechen. Die

7 Gleichwohl ist das Unbewusste der Psychoanalyse nicht mit dem Nicht-Bewussten der Verhaltenstherapie gleichzusetzen.

therapeutische Beziehung kann auch dreifach betrachtet werden: als Arbeitsbündnis (Voraussetzung für das Einlassen auf die Therapie), als Instrument (Wirkfaktor per se, Basisvariablen, korrektive emotionale Erfahrung, Reparenting, Diskriminationstraining) oder als reflektierende und/oder deutende Bearbeitung der therapeutischen Beziehung (Explorieren der dysfunktionalen Kognitionen/Schemata, Verbindungen zu anderen Beziehungen, gezielte Vertiefung der Übertragungsbeziehung). Selbst das Konzept der Gegenübertragung wird inzwischen auch in der Verhaltenstherapie aufgegriffen, allerdings nicht, um etwas über die Innenwelt des Patienten zu verstehen, sondern um Störungen der Beziehung zu vermeiden oder dem Patienten neue Erfahrungen zu vermitteln. Die originär psychodynamische Behandlungsstrategie der Vermittlung von emotionalen Einsichten (per Deutung) ist mittlerweile auch in der KVT verbreitet.

Trotz der deutlichen Annäherungen zwischen den Verfahren, sowohl die Grundlagenmodelle als auch die Veränderungstheorien betreffend, bestehen für Benecke weiterhin substantielle Unterschiede. Eine naheliegende eklektizistische Herangehensweise wird allerdings sowohl aus theoretischen (Konsistenzforderung) als auch aus organisatorisch-finanziellen Gründen (Richtlinien: Kombinationsverbot) abgelehnt. Eine Integration der verschiedenen Grundmodelle steht, nicht nur aus diesen beiden Gründen, vor der Herausforderung, Unvereinbarkeiten im Menschenbild und im Selbstverständnis des Therapeuten zu klären. Als bedeutsamen Unterschied sieht Benecke die grundlegende Haltung der Therapeuten: in der psychodynamischen Therapie die «Wahrnehmungseinstellung», die mit der im Stillen gestellten Frage «Was passiert hier zwischen uns?» verbunden ist; in der KVT die «Haltung der rationalen Steuerbarkeit psychischer Prozesse». Die «Verfahrensprototypen» können laut Benecke durch unterschiedliche Betonungen charakterisiert werden:

- «Der psychoanalytisch-psychodynamische Prototyp betont den unstrukturierten Dialog: offene Besprechungen (z.B. von Phantasien und Träumen); Identifizierung von sich wiederholenden Themen im Erleben des Patienten; Verbinden der Wahrnehmungen und Gefühle des Patienten mit vergangenen Erfahrungen; Lenkung der Aufmerksamkeit

auf für den Patienten als unakzeptabel erlebte Gefühle; Aufzeigen von Abwehrmanövern; Interpretation von Widerstand oder unbewussten Wünschen, Gefühlen oder Phantasien; Fokussierung auf die therapeutische Beziehung; Verbindungen zwischen therapeutischer Beziehung und anderen Beziehungen.

- Der kognitiv-behaviorale Prototyp betont einen mehr fokussierten Dialog; die Strukturierung der Interaktion und die Einführung von Themen durch den Therapeuten; Therapeut hat mehr didaktische oder edukative Funktion; Therapeut bietet explizite Anleitung und Rat; Besprechung der Behandlungsziele des Patienten; Erläuterung der Rationale hinter der Behandlungstechnik; Fokussierung auf die gegenwärtige Lebenssituation des Patienten; Fokussierung auf kognitive Themen wie Gedanken und Überzeugungen; Besprechung von Aufgaben und Aktivitäten des Patienten ausserhalb der Behandlungsstunden» (Benecke, 2016, S. 60).

Diese von Benecke formulierte Unterscheidung zweier «Prototypen» deckt sich mit der Scheler'schen Unterscheidung zwischen psychischem Chirurgen und sokratischem Helfer.⁸ Und in der Tat begreife ich diese beiden Haltungen nicht nur als unterschiedliche «Betonungen», sondern ich halte sie für unvereinbar, weil ihnen ein unterschiedliches Menschenbild und auch ein unterschiedliches Selbstverständnis des Psychotherapeuten zugrunde liegt. Wer von der «rationalen Steuerbarkeit psychischer Prozesse» ausgeht, wird versuchen, durch «Interventionen» das psychische Geschehen des Patienten oder Klienten von aussen zu beeinflussen. Wer dagegen von einem Menschenbild ausgeht, das den Menschen als autopoietisches, selbstreferenzielles System begreift, das von aussen nicht steuerbar ist, sondern allenfalls angeregt oder verstört werden kann, das aber die Veränderung nach Eigengesetzlichkeiten vornimmt, der wird

⁸ Paradoxerweise wird der sokratische Helfer, den Scheler der Psychoanalyse zugeordnet hatte, in der aktuellen Diskussion von der kognitiven Verhaltenstherapie für sich reklamiert (vgl. Stavemann, 2002). Der psychische Chirurg hingegen, den Freud als Leitmetapher für den Psychoanalytiker gesehen hatte, entspricht Beneckes kognitiv-behavioralem Prototyp.

sich als Psychotherapeut eher «sokratisch» als Geburtshelfer verstehen denn als Bewirker oder Erzeuger der Veränderung. Jede/r Psychotherapeut/in muss sich entscheiden, welches Selbstverständnis und welche Haltung ihrer/seiner Praxis zugrunde liegt. Sokrates als Chirurg zu denken ist ein Widerspruch in sich selbst.

Literatur

- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Benecke, C. (2016). *Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich. Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bohleber, W. (2012). *Was Psychoanalyse heute leistet. Identität und Intersubjektivität, Trauma und Therapie, Gewalt und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buchholz, M. B. (2003). Empirische Forschung und professionelle Psychotherapie – ein nicht-hierarchisches Verhältnis. www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/gesamt_wissenschaftlichkeit_von_psychotherapieverfahren.pdf (03.04.2017).
- Dahm, A. (2015). Geschichte und Perspektiven der Psychotherapie-Richtlinie. *Psychotherapeut*, 60(5), 365–369.
- Faber, F.R., Dahm, A. & Kallinke, D. (1999). *Faber/Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (5. aktualisierte und ergänzte Aufl.). München/Jena: Urban & Fischer.
- Flader, D. (2000). Metaphern in Freuds Theorien. *Psyche*, 54(4), 354–389.
- Glazinski, R. (1997). *Zur Philosophie und Psychopathologie der Gefühle bei Max Scheler und Kurt Schneider. Systematische und historische Überlegungen*. Köln: Dissertation.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Jaeggi, E. (1994). Die problematische Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In M.B. Buchholz & U. Streeck (Hrsg.), *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung* (S. 107–120). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kind, H. (1982). *Psychotherapie und Psychotherapeuten. Methoden und Praxis*. Stuttgart/New York: Thieme.
- Köth, A. (2007). *Zur Wirkungsweise von «Standort-Aufstellungen» als pädagogisch-therapeutische Interventionstechnik. Eine katamnestiche Studie aus einer ambulanten Psychotherapiegruppe*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Köth, A. (2008a). Dogmen und Scheuklappen in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 40(2), 307–321.
- Köth, A. (2008b). *Psychotherapie ist keine Behandlung. Vom Unsinn der psychotherapeutischen Diagnosesziffern, Krankheitsmodelle, Therapieverfahren, Wirkfaktoren, Veränderungskonzepte und Beziehungsmuster*. Frankfurt: VAS.
- Köth, A. (2011). Psychotherapie als Bildungsprozess. Zum Verhältnis von Psychotherapie und Pädagogik. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 9(4), 7–18.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.). (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien/New York: Springer.
- Lambert, M.J. (Hrsg.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Auflage). New York: John Wiley & Sons.
- Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (2015). *Faber/Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (10. Aufl.). München: Urban & Fischer/Elsevier.
- Senf, W. & Broda, M. (2011). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Stavemann, H.H. (2002). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung*. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz.
- Strupp, H.H. (1986). Psychotherapy: research, practice and public policy – how to avoid dead ends. *American Psychologist*, 41(2), 120–130.
- Yalom, I. (2004). *Liebe, Hoffnung, Psychotherapie: das große Yalom-Lesebuch*. München: btb.

Alfred Köth ist Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut sowie Körperpsychotherapeut in eigener Praxis, mit Weiterbildungen in systemischer Therapie.
alfred.koeth@gmx.de