

Die Zukunft der Humanistischen Psychotherapie

Manfred Thielen

Zusammenfassung:

In diesem Artikel werden zwei Fragen behandelt: Wie wurde Psychotherapie, speziell Körperpsychotherapie, in der Hochphase von Corona per Video durchgeführt? Und wie sollte die Zukunft der Psychotherapie nach der Ausbildungsreform und der gegenwärtigen Weiterbildungsdiskussion aussehen und welche Rolle könnte dabei die Humanistische Psychotherapie spielen?

1. Körperpsychotherapie per Video

Psychotherapie lebt von der therapeutischen Beziehung, von der psychischen und physischen Präsenz im Kontakt. Gerade in der Humanistischen Psychotherapie spielen die Kongruenz, die Echtheit und der konkrete Kontakt im Hier und Jetzt eine herausragende Rolle. In der Körperpsychotherapie, die von der Dialektik von Psyche und Körper ausgeht und bei der körperorientierte, non-verbale Interventionen, Erdungs- und Zentrierungsübungen und Atemarbeit zur Anwendung kommen, gilt dies noch verstärkt. Daher konnte ich mir vor der Corona-Pandemie eine Online-Körperpsychotherapie überhaupt nicht vorstellen. Zudem bin ich berufspolitisch als langjähriger Vorsitzender der AGHPT, als Delegierter der Bundes- und der Berliner Psychotherapeutenkammer und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) ein entschiedener Gegner von Online-Therapieprogrammen, die von einer Reihe von Krankenkassen protegiert werden. Zumal Online-Therapie in der berufspolitischen Diskussion häufig in Verbindung mit der Intention der Krankenkassen steht, die Langzeittherapie sukzessiv abzuschaffen und nur noch Kurzzeittherapien – und die noch am besten online – zu bezahlen.

Ich hatte also zunächst eine starke Aversion gegen Online-Therapie. Wie sollte ich zudem noch körperpsychotherapeutisch arbeiten können? Auch gebe ich Aus- und Fortbildungsgruppen sowie Seminare bei verschiedenen staatlichen Ausbildungsinstituten zur Körperpsychotherapie. Ich konnte mir nicht vorstellen, wie dies online funktionieren sollte. Ich habe in den ersten vier Wochen des Beginns der Corona-Pandemie nur online gearbeitet. Die ersten Sitzungen liefen fast ausschließlich verbal ab, sowohl die Patient*innen als auch ich mussten uns erst an das neue Medium gewöhnen. Und doch war ich als erstes überrascht, dass auch per Video – vor allem durch das gegenseitige Sehen – eine relativ spürbare Präsenz und eine emotionale Dichtheit im Kontakt hergestellt werden konnten. Ich konnte auch die Mimik, die Gestik und die Körpersprache insgesamt der Patient*innen sehen und ihre Sprachmodulation hören. Auch die Patient*innen gaben mir nach den ersten Sitzungen ein fast durchgehend positives Feedback. So wurde ich mutiger und experimentierfreudiger und habe bereits in der ersten Woche der Videotherapie begonnen, auch Atemübungen und körperliche Interventionen einzu-

beziehen. Zunächst habe ich verstärkt auf die Körpersprache fokussiert. So habe ich beispielsweise eine Patientin gefragt, was ihre Hände, die beim Reden sehr unruhig gestikulierten, ausdrücken wollten. Ich habe ihr weiter vorgeschlagen, mit der Vertiefung ihrer Atmung ihre Aufmerksamkeit bewusst in ihre Hände zu schieben. Dann habe ich sie eingeladen, sich mit ihren Händen zu identifizieren und in Ich-Form als ihre Hände zu sprechen. Sie nahm dieses Angebot an und ihre Hände sagten sinngemäß: „Wir sind so unruhig, weil wir ärgerlich sind.“ Ich fragte sie: Auf wen oder was seid ihr denn ärgerlich? Die „Hände“ sagten: „Auf meinen Partner, da er uns, vor allem unserem Körper, zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung gibt. Er ist zu viel mit seiner Arbeit beschäftigt und Erotik und Sexualität kommen zu kurz.“ Der Patientin war das Ausmaß ihres Ärgers, der sich zur Wut gesteigert hatte, vor dieser Sequenz mit ihren Händen nicht bewusst gewesen. Dies war also für sie nun ein Aha-Erlebnis.

Anschließend haben wir ein biodramatisches (körperorientiertes) Rollenspiel inszeniert, sie sollte dabei auch körperlich ihre Gefühle ausdrücken. Ich habe bei diesem Spiel ihren Freund gespielt, der sich emotional hinter seiner Arbeit versteckt. Sie wurde wütend auf ihn und wollte ihn schütteln, im Sinne von Wachsütteln. Als sie das virtuell mit ihren Armen und Händen gemacht hat, wurde sie auch traurig und zwar darüber, dass ihre Beziehung in der letzten Zeit zu pragmatisch geworden war. Auch die Trauer hat sie zugelassen und im Rollenspiel ihrem Freund gegenüber auch ausgedrückt. In einem weiteren Teil des Rollenspiels hat sie ihre Bedürfnisse und Wünsche ihm gegenüber artikuliert. Sie hat sich mehr Nähe, mehr Körperlichkeit – mehr Umarmungen, Liebkosungen und Zärtlichkeiten – und besonders auch Sexualität gewünscht. Ich habe ihr in der Rolle des Freundes gespiegelt, dass mich ihre Wut in meiner Resonanz und auch Gegenübertragung wacher gemacht und ihre Traurigkeit mich berührt hat. Durch das Zulassen dieser Gefühle hat eine emotionale Öffnung stattgefunden, und ich wurde in der Rolle ihres Freundes offener für ihre Bedürfnisse. Danach habe ich mich von ihr aus der Rolle ihres Freundes entlassen lassen. Vor dieser Videoerfahrung hätte ich mir nicht vorstellen können, dass sowohl eine genaue Körperwahrnehmung von Patient*innen als auch die dargestellten Interventionen und vor allem das biodramatische Rollenspiel online möglich sein könnten.

In anderen Sitzungen habe ich mit Patient*innen intensive Atemarbeit gemacht. Bei einem Patienten, der mit mir seine Biografie aufarbeitet, ging es um die Wurzeln seines ambivalenten Beziehungsmusters in partnerschaftlichen Beziehungen. Der biografische Hintergrund bestand darin, dass sich seine Mutter, insbesondere in seiner frühen Kindheit, ambivalent ihm gegenüber verhalten hatte. Einerseits war sie sehr herzlich und zugewandt, andererseits war sie phasenweise depressiv und mit sich selbst be-

schäftigt und nicht in der Lage, sich auf ihren Sohn affektiv einzustimmen („affect attunement“ nach D. Stern). Er war neugierig auf frühe Schlüsselsituationen in der Interaktion mit seiner Mutter, in denen dieses Beziehungsmuster geprägt worden war. Ich habe ihm angeboten, sich auf eine Yogamatte zu legen, die Augen zu schließen und zunächst eine emotional stimulierende Atmung, die „verbundene Atmung“ heißt, zu machen. Hierbei atmet man durch den Mund in den Brustkorb, der sich dabei hebt und senkt, zwischen der Ein- und Ausatmung macht man keine Pause.

Der Patient machte also auch per Video die verbundene Atmung, und ich führte ihn mithilfe von Imaginationen und Suggestionen zurück in seine frühe Kindheit. Durch die Atmung sollte sein Körpergedächtnis aktiviert werden, was nach meiner klinischen Erfahrung auch gut möglich ist. Nach einem Input von ca. 3-4 Minuten sollte er seinem eigenen Atemrhythmus mit der Intention folgen: „Es atmet dich“. Er hat dann ca. eine Viertelstunde auf diese Weise geatmet und danach berichtet, dass nach einer bestimmten Zeit Bilder entstanden sind, in denen er sich als Säugling mit seiner Mutter sah. Er visualisierte die Stillsituation, dabei war die Mutter zunächst sehr herzlich und emotional zugewandt und er hat sich gefreut und seine Liebe zu ihr gespürt. Doch dann kam ein Punkt, wo der Mutter das Stillen zu viel wurde, sie wurde erst nervös, dann gereizt und hat sich dann mit ihrem Blick abgewandt. Mein Patient hatte das Gefühl, dass er in das Gesicht einer „emotional toten Mutter“ schaut und war darüber schockiert. Er bekam das Gefühl, emotional zu viel zu sein, war enttäuscht und zog sich zurück. Ich habe ihm dann angeboten, die zurückgehaltenen Gefühle des Säuglings auszudrücken. Daraufhin vertiefte er noch einmal seine Atmung und spürte dabei, dass aus ihm ein Wutschrei heraus wollte. Da wir uns nicht im geschützten Raum des Therapiezimmers befanden, schlug ich ihm vor, den Schrei in ein Kissen, dass er sich vor den Mund hält, zu schreien, um wegen der möglichen Lautstärke seine Nachbarn nicht zu irritieren. Er hat dann ins Kissen geschrien und sich danach sowohl psychisch als auch körperlich sehr erleichtert gefühlt. Bezogen auf seine aktuelle Partnerschaft wurde ihm danach bewusst, dass er sich aus Angst vor Verletzung – wie durch die Mutter – in einer ständigen „Hab-Acht-Stellung“ befindet und ein gewisses Grundmisstrauen hat. Nach dieser Erfahrung konnten wir weiter herausarbeiten, dass er sein Misstrauen und seine Angst vor Verletzung und Zurückweisung in Konfliktsituationen auf seine Freundin überträgt.

Seit einigen Wochen arbeite ich wieder im direkten, persönlichen Kontakt. Mein Therapieraum ist groß genug, um den Mindestabstand gut einhalten zu können, und auch das Fenster kann geöffnet bleiben. Beide hier erwähnten Patient*innen waren sehr froh und erleichtert, dass die Therapie wieder live möglich ist. Im Unterschied zur Videotherapie ist die psychische und physische Präsenz und damit auch die emotionale Dichte im Live-Kontakt noch deutlich höher. Viele Patient*innen haben auch das Feedback gegeben, dass der direkte Augenkontakt ganz wichtig für sie ist. Im Videokontakt kann man zwar die Augen des Anderen sehen, sich aber nicht direkt in die Augen schauen, d. h. der Augenausdruck

kann nur indirekt auf sich bezogen werden.

Auch Übungen, zum Beispiel zur Erdung oder Zentrierung, werden in der Live-Situation intensiver erlebt, da der Andere, in dem Fall ich als Therapeut, als Begleiter dabei ist. Es entsteht ein energetisches Feld, eine Wechselwirkung zwischen den Körpern und der Psyche zwischen Patient*in und Therapeut, das in der Videotherapie bestenfalls ansatzweise möglich ist. Vor allem aber ist die Möglichkeit zur direkten, auch körperlichen Berührung, nur in der Live-Körperpsychotherapie möglich. Unter Einhaltung der Abstinenzregel (d. h. dass der Therapeut nicht nach eigenen Bedürfnissen, zum Beispiel nach Körperlichkeit, agiert) können direkte Berührungen sehr hilfreich sein, damit Patient*innen die emotionalen Botschaften, die auch mittels körperlicher Verspannung verdrängt werden können, wahrnehmen und ausdrücken können. Wenn etwa ein Patient Druckgefühle im Bauch hat, kann es hilfreich sein, dass der Therapeut seine Hand auf den Bauch des Patienten legt und u. U. den Druck noch verstärkt. Der Patient wird dabei angehalten, seinen spontanen Impulsen zu folgen. Häufig passiert es dann, dass der Patient meine Hand wegschlägt, um sich von dem Druck zu befreien. Danach kann exploriert werden, welche Person in der Biografie des Patienten Druck auf ihn ausgeübt hat. In der Regel ist es eine der primären Bezugspersonen, von dem der Druck übernommen und verinnerlicht wurde. Als Alternative wird der Patient eingeladen, den Druck nach außen zu bringen. Häufig tauchen dann aggressive Impulse und Gefühle gegen die Druckmacher*in auf, die dann auch ausgedrückt werden können. Durch eine körperliche therapeutische Berührung kann der Patient auch eine „korrektive emotionale Erfahrung“ machen, wenn der Therapeut beispielsweise in der Rolle des „guten“ oder „idealen Vaters“ dem Patienten etwa die Hand in den Rücken legt, wohingegen der reale Vater sich womöglich sehr unkörperlich verhalten hatte. Oft sind dann Patient*innen emotional tiefer berührt und die Sehnsucht des Kindes in ihnen wird symbolisch erfüllt, was häufig Trauer, aber auch Freude auslösen kann.

Zusammenfassend kann ich nach den Erfahrungen mit Videositzungen in der Hochphase der Corona-Zeit sagen, dass sie eine wichtige und hilfreiche Möglichkeit waren, die therapeutische Beziehung regelmäßig aufrechtzuerhalten und den therapeutischen Prozess fortzuführen. Diese Erfahrung war für fast alle meiner Patient*innen deutlich positiver als eine Therapiepause. Es konnten per Video intensive, auch körperpsychotherapeutische Interventionen angewandt werden und die Patient*innen konnten auch emotional tiefe Erfahrungen machen. Doch kann eine Videotherapie Sitzung meiner Ansicht nach eine Live-Sitzung im engeren Sinne nicht ersetzen, hier ist die gegenseitige Kontakt- und Präsenzmöglichkeit emotional dichter und unmittelbarer. Möglichkeiten von Interventionen, die den Patient*in emotional berühren oder ihn auch zum Containment verhelfen, haben eine höhere Qualität und Dichte und sind emotional intensiver. Direkte Berührung, eine wichtige und effektive Technik in der Körperpsychotherapie, kann nur im direkten Kontakt angewandt werden.

2. Die Zukunft der Humanistischen Psychotherapie nach der Ausbildungsreform

Im Folgenden möchte ich einen Sprung zum übergreifenden Thema der Zukunft der Psychotherapie machen. Die Ausbildungsreform hat mit der Verabschiedung des neuen Psychotherapeutengesetzes von 2019 und der Approbationsordnung schon ein deutliches Gesicht bekommen. Aktuell wird sowohl auf der Ebene der Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern sowie der Berufs- und Fachverbände die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) diskutiert. Nach dem neu beschlossenen Psychotherapiestudium sollen Absolvent*innen – analog zu der ärztlichen Ausbildung – eine Approbation bekommen. Doch diese soll im engeren Sinne nicht zur psychotherapeutischen Behandlungsfähigkeit qualifizieren, sondern die Voraussetzung für den Erwerb der Fachkunde durch eine Weiterbildung und damit die sozialrechtliche Anerkennung sein. Die Weiterbildungsordnung wird von den entsprechenden Landeskammern beschlossen, die MWBO soll dabei aber als allgemeine Orientierung dienen.

Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hatte auf dem 25. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im November 2014 strategische Beschlüsse zur Ausbildungsreform gefällt. Ein zentraler Beschluss lautete, dass im neuen Psychotherapiestudium die vier psychotherapeutischen Grundorientierungen – Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, Systemische Therapie und Humanistische Psychotherapie – gleichberechtigt und mit Strukturqualität gelehrt werden müssen. Doch zwischenzeitlich hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) den Antrag der „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie“ (AGHPT) auf wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie (HPT), der 2012 gestellt worden war, auf seiner Sitzung im Dezember 2017 abgelehnt. Die Gründe waren und sind fadenscheinig, darüber wurde sowohl von der AGHPT als auch von der GwG (z. B. in dieser Zeitschrift) ausführlich berichtet. Über 40 Professoren (2018) hatten die Vorgehensweise und das Votum des WBP als wissenschaftlich unredlich kritisiert. Besonders eindrücklich ist die Kritik des damals stellvertretenden Mitglieds im WBP, Prof. Dr. Jochen Schweitzer, der das mehr als problematische Vorgehen des WBP in einem Artikel im Psychotherapeutenjournal (PTJ) (Schweitzer, 2018, S. 360-361) kritisiert hat. Besonders skandalös war das Votum, die Gesprächspsychotherapie, die bereits seit 2002 vom WBP anerkannt worden war, von einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu einer wissenschaftlich geprüften Methode für drei Anwendungsbereiche zurückzustufen. Doch diese Zurückstufung hat nach dem juristischen Gutachten von Dr. Markus Plantholz (ebd., S. 362-368) rechtlich keine Konsequenz, da nur eine Landesbehörde die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens vornehmen bzw. u. U. auch aberkennen kann. Dies ist erfreulicherweise bisher nicht erfolgt. Daher ist die Gesprächspsychotherapie auch weiterhin ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, was für die Weiterbildungsdiskussion einen ausgesprochen hohen Stellenwert hat.

In dem Antrag der AGPT an den WBP wurde die HPT wie die VT und die Psychodynamische Therapie als Verfahrensgruppe definiert, zu der die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie, die Körperpsychotherapie, das Psychodrama, die Transaktionsanalyse und die Existenzanalyse/Logotherapie gehören. In verschiedenen Publikationen hat die AGHPT die theoretischen und praktischen Gemeinsamkeiten dieser Ansätze, insbesondere zum Menschenbild, zur therapeutischen Vorgehensweise im Hier und Jetzt, zur therapeutischen Beziehung, zusammengefasst (Eberwein & Thiele, 2014, 2019). In der gegenwärtigen Weiterbildungsdiskussion vertritt die AGHPT die Position, dass neben den Richtlinienverfahren auch die Gesprächspsychotherapie zur Gebietsweiterbildung sowohl für den Bereich der Erwachsenen- als auch der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gehört. Da die GPT leider sozialrechtlich durch den G-BA nicht anerkannt wurde, würde eine Gebietsweiterbildung in GPT zu einer entsprechenden Fachkunde führen, die sich in einer Zusatzbezeichnung ausdrücken würde.

Neben den wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden (Neuropsychologie) sollte ein Pilotprojekt zur „Integrativen Psychotherapie in der Weiterbildung“ eingerichtet werden.

Sehr viele Kolleg*innen, wenn nicht die Mehrheit, arbeiten in ihrer therapeutischen Praxis integrativ, sie integrieren Verfahren, Methoden, Techniken, Interventionen und Übungen, in denen sie selbst Weiter- und Fortbildungen gemacht haben. Als Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter an verschiedenen staatlichen Ausbildungsinstituten, sowohl in VT als auch in TP, habe ich die Erfahrung gemacht, dass bei den Teilnehmer*innen großes Interesse besteht, über den Tellerrand ihres Verfahrens zu schauen und andere Verfahren und Ansätze, insbesondere die Humanistische Psychotherapie und ihre sechs Methoden, kennenzulernen. Eine Integrative Psychotherapie darf nicht auf einem Verfahren, zum Beispiel der VT basieren, wie es von Verhaltenstherapeuten wie Rief u. a. (s. Rief, 2019, S. 261 ff.) empfohlen wird, sondern die vier Grundorientierungen müssten gleichberechtigt theoretisch und praktisch integriert werden. Ansätze in dieser Richtung existieren bereits seit vielen Jahren (Petzold, 1994; Grawe & Caspar, 2012; Kriz, 2009, 2017). In der Weiterbildung würden die psychotherapeutischen Kompetenzen wie Empathie, Präsenz, Echtheit, Kongruenz u. a. im Vordergrund stehen. Auch die Psychotherapieforschung (Strauss, 2019, S. 5) geht davon aus, dass zunehmend die basalen psychotherapeutischen Kompetenzen von werdenden Psychotherapeut*innen erlernt werden sollten und dass die Verfahrensspezifika demgegenüber zurückstehen sollte.

Eine solchermaßen Integrative Psychotherapie zu entwickeln ist sicher eine große Herausforderung. Die gegenwärtige Praxis der Richtlinienpsychotherapie, vor allem der Verhaltenstherapie, ist es, die besten Elemente aus der HPT herauszulösen und zu vereinnahmen, wie es exemplarisch in der dritten Welle der VT zum Ausdruck kommt. So wurde die Stuhlarbeit, eine originär gestalttherapeutische Technik, nonchalant in die VT „integriert“. Auch die Achtsamkeitstechniken, die ursprünglich in einem buddhistischen Kontext entstanden sind, werden technisch in die VT übernommen. Insbesondere auch

körperpsychotherapeutische Interventionen und Übungen werden sowohl von der VT – in erster Linie – als auch von der TP angeeignet (z. B. Maren Langlotz-Weis, 2019). Dieser theoretische und praktische Raubbau, insbesondere an der HPT, kann durch das Pilotprojekt verhindert bzw. transzendiert werden, da dann alle Richtungen voneinander gleichberechtigt lernen könnten.

Kurzum: Die Entwicklung des Pilotprojektes „Integrative Psychotherapie“, das wissenschaftlich begleitet werden sollte, wäre ein großer Schritt nach vorne und würde den gegenwärtigen Schulenstreit und die Konkurrenz der Grundorientierungen untereinander perspektivisch überwinden. Darüber hinaus treten wir dafür ein, dass man sich nicht nur in wissenschaftlich anerkannten Verfahren, sondern auch in wissenschaftlich begründeten Verfahren weiterbilden kann. In der gegenwärtig gültigen und vom Berliner Senat anerkannten Weiterbildungsordnung ist diese Möglichkeit explizit verankert (WBO Berlin, S. 3). Die Kriterien für die wissenschaftliche Begründetheit werden in der Berliner Fortbildungsordnung definiert (FBO Berlin, S. 6). Nach diesen Kriterien könnte die HPT als Verfahren, aber auch ihre einzelnen Ansätze, eine Aufnahme in die Weiterbildungsordnung beantragen. So erfüllt die Körperpsychotherapie (aber auch die anderen Verfahren der HPT) diese Kriterien und ist in der Berliner Psychotherapeutenkammern als wissenschaftlich begründetes Verfahren anerkannt. In der MWBO soll zwischen einer Gebiets- und einer Bereichsweiterbildung unterschieden werden. Zur Bereichsweiterbildung sollen spezielle Bereiche wie Psychotherapie bei Schmerz und Diabetes u. a. ebenso wie Verfahren gehören. Die wissenschaftlich begründeten Verfahren würden demnach zur Bereichsweiterbildung gehören. Ein Abschluss in einer Bereichsweiterbildung würde zu einer Zusatzbezeichnung, zum Beispiel Körperpsychotherapie, führen. Daher hat die AGHPT drei Kernforderungen zur Entwicklung der MWBO gestellt:

- Die GT muss als nach wie vor wissenschaftlich anerkanntes Verfahren zur Gebietsweiterbildung gehören.
- Es soll ein Pilotprojekt „Integrative Psychotherapie in der Weiterbildung“ – einschließlich der entsprechenden wissenschaftlichen Begleitung – als Teil der Gebietsweiterbildung und als Alternative zur Richtlinienweiterbildung entwickelt werden. Die „Integrative Psychotherapie“ kann und sollte auch nicht in den nächsten Jahren die Vielfalt der Verfahren und Methoden ablösen, sondern sich im Sinne eines guten Pluralismus schrittweise etablieren. Die Psychotherapeut*innen könnten dann selbst entscheiden, ob sie sich mehr dieser Richtung oder ihrem Verfahren verbunden fühlen.
- Der Passus zu den wissenschaftlich begründeten Verfahren aus der Berliner WBO soll in die MWBO übernommen werden. Eine Weiterbildung in einem wissenschaftlich begründeten Verfahren gehört zur Bereichsweiterbildung und führt zu einer entsprechenden Zusatzbezeichnung.

Doch um diese Forderungen durchsetzen zu können, müssten viele Psychotherapeut*innen für einen Integrativen Ansatz gewonnen werden. Auch Bündnispartner unter den Delegierten der BPTK und

der Landeskammern, aus den Berufs- und Fachverbänden sind notwendig. Wenn es gelingt, diese Forderungen durchzusetzen, braucht es einem um die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland nicht bange werden. Sie hätte dann wirklich rosige Perspektiven.

Literatur:

- AGHPT: www.aghpt.de
 Eberwein, W. & Thielen, M. (Hg.) (2014) Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag.
 Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin (FBO), Anlage 1: Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen, S. 6) https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/document/FBO_04_2020_Textfassung.pdf (abgerufen am 17.7.2020)
 Grawe, K. & Caspar, F. (2012). Allgemeine Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch (S. 33–46). Stuttgart: Thieme.
 Kriz, J. (2009). Vielfalt in der Psychotherapie: Das Vier-Säulen-Modell. Plädoyer, die internationale und stationäre Verfahrenspluralität auch in deutschen Praxen wieder zuzulassen. VPP-aktuell, 2 (4)-2009, S. 3-5
 Kriz, J. (2017) Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
 Langlotz-Weis, M. (2019) Körperorientierte Verhaltenstherapie. München: Ernst-Reinhard-Verlag.
 GwG: Offener Brief von 41 Professoren, 2018, https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/GwG_offener_Brief_WBP_2018-02-19.pdf (abgerufen am 17.7.2020)
 Petzold, H. (1994) Integrative Therapie 3 Bände. Paderborn: Junfermann-Verlag.
 Rief, W. (2019). Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation. Psychotherapeutenjournal (PTJ), 3/2019, S. 261-268.
 Schweitzer, J. (2018). Ein anderer Blick auf die Entscheidung zur Humanistischen Psychotherapie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. In: PTJ 4/2018, S. 360-361.
 Strauss, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung- Wo stehen wir und wo wollen wir hin? In: Psychotherapeutenjournal (PTJ), 1/2019, S. 4-10.
 Weiterbildungsordnung der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin (WBO), https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/wbo_textfassung_25.11.2017.pdf (abgerufen am 17.7.20)
 Thielen, M. & Eberwein, W. (Hg.) (2019) Fühlen und Erleben in der Humanistischen Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
 Thielen, M.; von Arnim, A., Willach-Holzapfel, A. (Hg.) (2018) Lebenszyklen-Körperrhythmen. Körperpsychotherapie über die Lebensspanne. Gießen: Psychosozial-Verlag.
 Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP), (2017). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie. https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/Gutachten_Humanistische_Psychotherapie.pdf (abgerufen am 17.7.20)



Manfred Thielen, Psychologischer Psychotherapeut, Körperpsychotherapeut, Leitung des Instituts für Körperpsychotherapie Berlin; Autor diverser Fachartikel; Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK), seit 2001 Delegierter der PTKB und seit 2003 Delegierter der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Mitglied des Redaktionsbeirates des „Psychotherapeutenjournals“, Sprecher des Ausschusses „Aus-, Fort-, Weiterbildung“ der PTKB; Beauftragter für Berufspolitik der AGHPT

Kontakt: ma.thielen@gmx.de