

6. DGVT-Interview mit Dr. Sibylle Kraemer geführt am 13. Juli 2017 in München von Steffen Fliegel

Der DGVT-Vorstand hat beschlossen, in loser Folge Interviews mit frühen Förderern des Verbandes und der Verhaltenstherapie zu führen. Damit sollen zum einen lange und einflussnehmende Mitgliedschaften gewürdigt werden. Zum anderen sollen die heutigen Mitglieder mehr über die Historie, die Wurzeln und die zum Teil sehr spannungsgeladenen Entwicklungslinien der DGVT erfahren.

STEFFEN FLIEGEL wurde vom Vorstand gebeten, die Gespräche zu führen und zu dokumentieren. Im ersten Gespräch kamen PETER GOTTWALD und DIETMAR SCHULTE zu Wort (VPP 4/2010), das zweite Gespräch galt EVA JAEGGI und JARG BERGOLD (VPP 1/2012), das dritte HEINER KEUPP und CHRISTOPH KRAIKER (VPP 3/2013), das vierte DIETER KLEIBER (VPP 3/2014), das fünfte ARMIN KUHR (VPP 1/2016). Der Abdruck des sechsten Interviews mit SIBYLLE KRAEMER folgt hier.

Steffen Fliegel:

Liebe Sibylle, hier sitzen zwei Menschen zusammen, die die DGVT begleitet und aus ganz unterschiedlichen Perspektiven beobachtet haben. Seit wann kennst du die DGVT und wie hast du die Anfänge erlebt? Was hat dich motiviert, der DGVT als Mitglied beizutreten?

Sibylle Kraemer:

1968 war ich Praktikantin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Das Max-Planck-Insti-

tut hatte damals schon einen sehr guten Ruf im Bereich der Psychiatrie- und Psychologie-Forschung. Professor Johannes C. Brengelmann, ein damals wichtiger Name, hat aus den USA und aus England, wo er insgesamt 17 Jahre gelebt und geforscht hatte, die verhaltenstherapeutischen Grundlagen und Erkenntnisse mitgebracht. Anlässlich eines großen Psychologenkongresses, der 1968 in Tübingen stattfand, hat er die „Gesellschaft für Verhaltenstherapie“, GVT, gegründet. Ich war damals das sechste Mitglied. Ich hatte bis 1970 in Mainz und Bonn



studiert. In Bonn standen tiefenpsychologische Aspekte in der klinischen Psychologie im Fokus. In der neueren Literatur las man aber von neuen sogenannten operanten Verfahren, die Verhaltenstherapie genannt wurden. Da ich tiefenpsychologisch orientiert war, war ich zuerst extrem kritisch gegenüber diesen neuen Konditionierungsverfahren und fand es unmöglich, Menschen wie eine Puppe zu konditionieren. Aber dann bin ich zum Praktikum ans Max-Planck-Institut gekommen. Und ich war von der Aufbruchsstimmung begeistert. Brengelmann war ein ganz exzentrischer Mensch und sehr motivierend, im Verhalten völlig abseits von universitären Standards und Normen, sehr unkonventionell. Er hat uns sehr viele neue Einstellungen und Sichtweisen vermittelt. Brengelmann hat mich und andere, die tiefenpsychologisch arbeiten wollten, mit Verachtung gestraft und die damaligen verhaltenstheoretischen und verhaltenstherapeutischen Grundlagen und Verfahren argumentativ sehr gut begründet. Die wissenschaftliche und empirische Fundierung dieser verhaltenstherapeutischen Verfahren hat mich allmählich überzeugt und schließlich entflammt für diese Methode. Und so habe ich mich mit diesen neuen therapeutischen Ansätzen intensiv beschäftigt.

Steffen Fliegel:

Welche Fachleute gab es damals noch, die dich inspiriert, begeistert oder begleitet haben.

Sibylle Kraemer:

Nach meinem Diplom 1970 habe ich als Stipendiatin am Max-Planck-Institut in München zu arbeiten begonnen. Brengelmann hat viel Wert darauf gelegt, uns junge Kolleginnen und Kollegen gut ausbilden zu lassen. Frederic Kanfer, ein damals theoretisch und wissenschaftlich bekannter Verhaltenstherapeut, war über viele Jahre sozusagen unser Stammdozent in vielen Seminaren. Darüber hinaus haben uns auch viele andere angloamerikanische Kollegen wie Victor Meyer und Isaac M. Marks, diese beiden vorwiegend für Zwangs- und Angststörungen, oder Robert Liberman mit dem Social-Skills-Training für schizophrene Patienten, Martin Seligman, damals noch Depressionsforscher, Roger Vogler mit operanten, und hier speziell aversiven Verfahren für Alkoholabhängige, unterrichtet. Was wir dort gelernt haben, konnten wir, sozusagen im Feld, sofort in Therapieprojekte umsetzen. Das war einmalig. Wir haben zunächst mit Rauchern gearbeitet und verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren wie Negative Practice, operante Verfahren mit gesprächstherapeutischen und stützenden sowie medikamentösen Tech-

niken wissenschaftlich verglichen. Kanfer hat uns supervidiert. Anschließend haben wir therapeutisch in groß angelegten Studien am Institut für Therapieforschung (IFT), das Brengelmann gegründet hat, mit Alkohol- und Drogenabhängigen gearbeitet. Und wir konnten auch wie nebenbei mit diesen Klienten und deren multimorbiden Störungen zu arbeiten lernen. Die Benennung „Patient“ war damals verpönt, weil wir nicht das Passive verstärken, sondern Eigenverantwortung fördern und auch ärztliche Hierarchien vermeiden wollten. Denn viele dieser Klienten waren auch depressiv oder hatten – in der Verhaltenstherapie damals noch nicht akzeptierte, aber sichtbare – Persönlichkeitszüge, die interaktionell schwierig waren.

Steffen Fliegel:

Brengelmanns Verdienst war es, VT-Konzepte in Deutschland, vor allem in München, zu installieren. Kanfer hat sehr konzeptuell gearbeitet. Wie hast du den inhaltlichen Unterschied zwischen Brengelmann und Kanfer erlebt?

Sibylle Kraemer:

Brengelmann war ja kein Verhaltenstherapeut, das hat er nicht gelernt. Er hat auf theoretischer Ebene mit Eysenck in London zusammengearbeitet und von ihm die Einstellung „get rid of the symptom and you have eliminated the neurosis“ übernommen. Dagegen hatte Kanfer mehr Tiefe und Komplexität in seinen Konzepten, speziell in der Verhaltensanalyse als Instrument der individuellen Diagnostik und als Instrument der Erkenntnis für die Klienten, aber auch in der gesamten Therapiekonzeption mit ihren sieben Schritten.

Steffen Fliegel:

Das war das damals vorherrschende lerntheoretische Konzept.

Sibylle Kraemer:

Genau. Die klassische Verhaltenstherapie hatte ja zunächst ein ganz dünnes theoretisches Modell, was aber den Vorteil hatte, dass alle möglichen Ansätze dort integriert werden konnten. Brengelmann hat diese vielfältigen Ansätze befördert, und das war sehr wichtig: proaktiv, auf Kongressen, in den Verhaltenstherapiewochen, die vom IFT organisiert waren und eben mit Forschungsprojekten. Das waren reine Feldforschungsprojekte, methodisch nicht sehr gut, wir hatten selten Kontrollgruppen. Aber das war einfach innovativ. Es hat Freude gemacht, die Ansätze sofort anwenden und in die Praxis umsetzen zu können.

Steffen Fliegel:

Hattet ihr denn damals so etwas wie eine Ausbildung in Verhaltenstherapie? Curricula im heutigen Sinne gab es doch damals noch nicht.

Sibylle Kraemer:

Ich glaube, dass das, was wir lernten, insbesondere durch die theoretische und praktische Anleitung von Kanfer, eine richtiggehende Ausbildung war, wenn auch nicht curricular. Wir haben aus England und USA – das hatte ich ja schon erwähnt – verschiedene Verhaltenstherapeuten in der Fortbildung gehabt. Frederic Kanfer war aber unser Stammdozent.

Steffen Fliegel:

Kanfer hat uns alle damals unglaublich beeindruckt und bereichert. Was hast du bei ihm als das Besondere erlebt?

Sibylle Kraemer:

Seine ganze gesamte Konzeption. Ich erlebte bei Kanfer im Verhältnis zu anderen mehr Tiefe und Komplexität. Er hat eben nicht nur diese Verfahren des operanten und respondenten Lernens verwendet, er hat die ganze Verhaltensanalyse sehr breit aufgestellt und damals schon die O-Variable als Therapiezielvariable aufgefüllt. Er hat den Organismus eben nicht wie Skinner als irgendeine intervenierende, meist organisch aufzufassende Variable beschrieben, die man indirekt mitdenken sollte, die aber irgendwie im Hintergrund wirkt. Er hat damals durch die O-Variable die gesamte Person berücksichtigt. Das fand ich damals schon sehr gut und bereichernd. Er hat auch großen Wert auf interaktionelle Aspekte wie die therapeutische Beziehung gelegt und war als Therapeuten-Modell menschlich und einfühlsam. Und er hat mit dem Konzept des Selbst gearbeitet. Das war eine Sicht auf die inneren Prozesse der Person, die ich sehr wichtig finde.

Steffen Fliegel:

Wir wussten damals, dass es bei psychischen Störungen noch mehr als das Konditionierte gab. Aber wir wussten nicht, wie wir es erfassen und berücksichtigen sollten. Heute gibt es ja die Möglichkeiten, weitere Bedingungen über Problemanalysen aufzugreifen. Du hast die ersten Jahre in der GVT erlebt. Was war für dich Anlass, in diese Gesellschaft einzutreten und dann auch über so viele Jahre dabei zu bleiben?

Sibylle Kraemer:

Ich bin in die GVT eingetreten, weil ich einfach begeistert war von dieser neuen Methode und weil das

innovativ war. Und ich war Max-Planck-sozialisiert. Dort war es selbstverständlich, dass verhaltenstherapeutisch gearbeitet und auch geforscht wurde, zunächst in diesen schon erwähnten Projekten.

Steffen Fliegel:

Welche Namen gehörten damals im Max-Planck-Institut dazu?

Sibylle Kraemer:

Da waren zum Beispiel Roman Ferstl aus Wien, Dirk Revenstorf, dann Peter Gottwald, der zusammen mit Hanne Dirlich-Wilhelm mit autistischen Kindern nach dem Lovaas-Modell operante Verfahren anwendete. Rudolf Cohen war da, Susanne Davies-Osterkamp und Marianne Hegenscheidt gehörten zur Cohen-Abteilung. Sie führten Token-Economy-Programme für chronisch schizophrene Menschen durch. Mario von Cranach und Heiner Ellgring, Sozialpsychologie, Paul Innerhofer war für die Kinder und Jugendlichen zuständig und natürlich Detlev Ploog, der Direktor des Instituts. In der Klinik wurden unter Detlev von Zerssen Verhaltenstherapieprojekte durchgeführt, Herrmann Heise arbeitete mit Zwangsstörungen und Renate de Jong entwickelte den Schwerpunkt Depression, vorher war sie in den Abhängigkeitsprojekten dabei. Und die persönliche und fachliche Vernetzung mit dem psychologischen Institut der LMU mit Wolfgang Tunner, Irmela Florin, Christoph Kraiker, Niels Birbaumer und anderen war eng.

Steffen Fliegel:

Viele früher sehr bekannte Namen, die teilweise auch in früheren Interviews dieser Reihe bereits aufgetaucht sind. Hast du denn etwas von den folgenden doch sehr heftigen fachlichen und vor allem politisch motivierten Auseinandersetzungen in München miterlebt?

Sibylle Kraemer:

Ja, sehr viel. Was mir sehr wehgetan hat, waren diese extremen Streitereien, die es zwischen Cramer, Rüggeberg und anderen gab. Ich weiß nicht, ob Heiner Keupp damals schon dabei war. Da wurde extrem gefightet gegen Brengelmann, wohl auch speziell gegen seine Person. Ich weiß nicht, ob das so ein Vater-Sohn-Konflikt war oder wie auch immer man das interpretieren kann. Aber es war sehr heftig, die haben sich damals in den Mitgliederversammlungen der GVT regelrecht angeschrien. Ich war solidarisch und loyal mit Brengelmann, meinem Chef. Aber auch inhaltlich fand ich das damals nicht sinnvoll, weil ich eher die gute Methode gesehen

habe und die Motivation von Brengelmann, sie zu verbreiten und im klinischen Bereich zu implementieren und weniger das System. Jahre später habe ich eingesehen, dass es gut ist, bei der Anwendung der VT, aber auch allen anderen psychotherapeutischen Verfahren, vorsichtig zu sein, um nicht zu manipulieren. Zum Beispiel mit den operanten oder hierarchischen, abstinente, zum Beispiel psychoanalytischen Methoden. Und in der VT gibt es noch ein – von heute aus betrachtet – dunkles Kapitel, nämlich die Aversionstherapie. Unter diesem Aspekt verstehe ich im Nachhinein sehr gut diese politisch motivierte Kritik an der Verhaltenstherapie. Aber es ging da weniger um das individuelle Missbrauchspotenzial dieser Verfahren, sondern um gesellschaftskritische und gesundheitspolitische Aspekte.

Steffen Fliegel:

Kannst du das noch ein wenig erläutern, denn unsere jüngeren Leserinnen und Leser kennen die Konzepte der Aversionstherapie gar nicht mehr.

Sibylle Kraemer:

Roger Vogler hatte diese Aversionstherapie aus Amerika mitgebracht. Ein rein operantes Verfahren mit Strafreizen für unerwünschtes und negativer Verstärkung für erwünschtes Verhalten. Roman Ferstl und ich wendeten das bei schwer und zum Teil „austherapierten“, aber natürlich völlig freiwillig teilnehmenden alkoholkranken Patienten im Bezirkskrankenhaus München-Haar an. Wir bekamen keine Räume, aber Brengelmann hatte das sogenannte „Psychomobil“ finanziert, einen großen Wohnwagen, in dem wir arbeiteten. Die Patienten bekamen, nachdem sie selbst die Reizstärke bestimmen konnten, leichte elektrische Schmerzreize am Arm zugefügt, wenn sie Alkohol im Mund hatten. Sie mussten ihn dann ausspucken und der Schmerzreiz wurde beendet.

Steffen Fliegel:

Inwiefern warst du da involviert?

Sibylle Kraemer:

Diese Untersuchung sollte damals mein Dissertationsthema sein. Brengelmann hat das aber nicht erlaubt, weil wir keine Kontrollgruppe bekommen hätten. Das erschien völlig absurd: Der ärztliche Direktor von Haar damals hatte uns verboten, eine Kontrollgruppe zu untersuchen. Er sagte, das sei unethisch, da sich das Aversionsverfahren in USA bewährt habe. Die Kontrollgruppe sollte keinen Schmerzreiz bekommen, sondern nur das Brumm-

geräusch von dem Elektrogerät, dann aber dasselbe machen, also den Alkohol ausspucken. Ich konnte mir vorstellen, dass das denselben Effekt gehabt hätte, dass also der Schmerzreiz gar nicht nötig gewesen wäre. Ich bin dann mit dem ärztlichen Doktoranden, der an der Studie beteiligt war, in Bayern herumgefahren und habe Katamnesen durchgeführt. Ich habe eine andere, experimentelle Dissertation über Lernverläufe bei schizophrenen Patienten, Patienten mit hirnorganischen Störungen und Gesunden gemacht, und darüber bin ich heute sehr froh. Abgesehen von ethischen Bedenken hinsichtlich der Aversionstherapie – denn Bestrafung alleine wirkt nur unterdrückend, aber nicht verändernd – erwiesen sich diese Verfahren in den Studien mit sehr vielen alkoholabhängigen Patienten in USA und auch dieser kleinen Studie im Ein-Jahres-Katamnesezeitraum allerdings als sehr erfolgreich. Immerhin haben diese Studien Anlass gegeben, die ethische Vertretbarkeit von aversiven Verfahren über die Manipulationsproblematik hinaus sehr viel kritischer zu hinterfragen.

Steffen Fliegel:

Du hast damals im Angestelltenverhältnis gearbeitet, das Thema war nicht so bedeutsam wie heute.

Sibylle Kraemer:

Niederlassung ging ja einher mit dem Konzept der individuellen Behandlung. Es gab noch kein Psychotherapeutengesetz und die freie Praxis war irgendwie verpönt. Gesundheitspolitisch finde ich sie auch heute immer noch bedenklich. Es sollte wirklich große Ambulanzen geben, mit verschiedenen Berufsgruppen, mit Pflegekräften, mit Psychologen, mit Ärzten, mit Sozialpädagogen, die gleichberechtigt arbeiten sollten.

Steffen Fliegel:

Bevor wir weiter über die GVT, die DGVT und Entwicklung der Verhaltenstherapie sprechen, könntest du vielleicht kurz die weiteren beruflichen Stationen deines Lebens skizzieren.

Sibylle Kraemer:

Ich habe acht Jahre am Max-Planck-Institut/IFT gearbeitet und dort in Teamarbeit verschiedene Forschungsprojekte durchgeführt, zum Beispiel auch mit Gerhard Bühringer, Heinz Vollmer, Ralf Schneider, Franz-Josef Feldhege, Günther Krauthan und Renate de Jong, die dann später in Münster Professorin wurde. Und das war eine extrem gute Arbeit, in der wir vor allem mit abhängigen Patienten

gearbeitet und diese Arbeit forschungsmäßig begleitet haben. Das Interessanteste war, auch noch im Nachhinein betrachtet, ein Projekt mit alkoholgefährdeten jungen Menschen, denen wir damals unter bestimmten Bedingungen kontrolliertes Trinken vermittelt haben. Darunter waren auch schwer Abhängige, die natürlich völlige Abstinenz zum Ziel hatten.

Steffen Fliegel:

Das fiel in eine Zeit, in der gerade in der Suchtbehandlung neue Wege ausprobiert wurden. Vielleicht auch als Reaktion auf die durchaus in den Kliniken gängigen aversiven Methoden, mit denen lerntheoretisch konform ja auch experimentiert wurde.

Sibylle Kraemer:

Wir haben sehr genau differenziert, wem wir das kontrollierte Trinken als Behandlungsmethode angeboten haben. Und hinzu kamen natürlich bei unseren Gruppen komplexe weitere Interventionen wie Social-Skills-Training, Ablehnungstraining, Entscheidungstraining, Problemlösungsstrategien und die speziell von Kanfer entwickelten Selbstkontrollverfahren wie Stimuluskontrolle, Covert Sensitization, Coverant Control mit Premack-Prinzip und andere. Aber dieses kontrollierte Trinken war natürlich eine Innovation hier in Deutschland, und auf den Kongressen sind wir extrem angefeindet worden von den Anonymen Alkoholikern oder vom Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe. Noch kritischer war, dass wir später erst erfahren haben, dass Mark und Linda Sobell, die die Konzeption in USA entwickelt und „erfolgreich“ untersucht hatten, ihre ganzen Daten gefälscht hatten. Das war enttäuschend und heftig.

Steffen Fliegel:

Gibt es heute noch Konzepte zum kontrollierten Trinken?

Sibylle Kraemer:

Durchaus, zum Beispiel Körkel publiziert darüber sehr praktisch. Ich bin davon überzeugt, dass alkoholgefährdete Menschen von diesen Methoden im Sinne einer Primär-Prävention profitieren könnten.

Steffen Fliegel:

Wie ging es in deinem beruflichen Leben weiter?

Sibylle Kraemer:

Nach acht Jahren Max-Planck-Institut/IFT bin ich an das Klinikum Rechts der Isar der Technischen

Universität München gegangen, zunächst in die Abteilung für Psychosomatik und dann in die Abteilung für Psychiatrie. Ich habe dort die Verhaltenstherapie implementiert, die Pflegekräfte und auch die Ärzte ausgebildet. 1999 kam das Psychotherapeutengesetz und damit öffnete sich auch für die Psychiater im Rahmen der Facharztausbildung die Qualifizierung in Psychotherapie. Das wurde auch mein Job. Ich war damals die einzige Klinische Psychologin in einem Haus mit 80 Betten, also der „Klinik für Psychiatrie“ und später dann „Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie“. Dort herrschte eine klare Hierarchie, in der die Ärzte die wichtigste Berufsgruppe waren. Die Psychologen, so hatte ich damals den Eindruck, waren „nice to have“, aber mehr auch nicht. Es war nicht einfach, entsprechende Methoden zu implementieren. Erstens, weil viel zu wenig psychologisches Personal Planstellen hatte, und zweitens, weil die Atmosphäre damals in den meisten psychiatrischen Universitätskliniken recht antipsychologisch oder antipsychotherapeutisch war.

Steffen Fliegel:

Aber in den Landeskliniken war das doch anders, da hatten Psychologinnen und Psychologen sogar Leitungsfunktionen.

Sibylle Kraemer:

Auch in den psychosomatischen Kliniken. Die Hochschulkliniken waren aber anders strukturiert. Es war zwar schwierig, aber trotzdem möglich, in einem bescheidenen Rahmen verhaltenstherapeutisch zu arbeiten. Ich behandelte psychiatrische Patienten in Einzel- und Gruppentherapie. Von Hans-Jürgen Möller, damals dort Oberarzt, wurde ich sehr unterstützt. Wir haben auch, neben Einzelfallstudien und der Betreuung von Diplomarbeiten, ein großes Forschungsprojekt durchgeführt: Einen Vergleich verschiedener verhaltenstherapeutischer Verfahren mit schizophrenen Patientinnen und Patienten, in Kooperation mit einem großen sozialpsychiatrischen Zentrum. Da waren schon Möglichkeiten vorhanden und ich habe bis zu meiner Pensionierung sehr gerne dort gearbeitet. Aber ich fürchte, dass es auch heute noch sehr schwierig ist, dass Psychologen in den Universitätskliniken eine wirklich gleichberechtigte Stellung neben den Ärzten bekommen. Das macht sich ja auch in den unterschiedlichen Ausbildungsbedingungen für Psychotherapie und für die Psychiaterinnen und Psychiater bemerkbar. Diese müssen 100 anstatt 300 Stunden Theorie machen und 80 Stunden anstatt 600 Stunden behan-



deln. Ich habe auch die Ärztefortbildung mit anderen Kollegen, zum Beispiel mit Annette Schaub von der LMU, zusammen konzipiert und durchgeführt. In den letzten fünf Jahren habe ich gemeinsam mit dem Psychiater Andreas Birkhofer eine DBT-Station für Menschen mit Borderline-Störungen konzipiert und implementiert. Die hospitierenden Psychologinnen und Psychologen in Psychotherapieausbildung habe ich supervidiert. Seit meiner Pensionierung arbeite ich immer noch frei als Supervisorin.

Steffen Fliegel:

Kommen wir noch einmal zur GVT und DGVT zurück. Du hast dort nie einen Posten innegehabt, aber als Mitglied mehr oder weniger intensiv diesen Verband bis heute verfolgt. Wie siehst du denn die DGVT in ihrer Weiterentwicklung?

Sibylle Kraemer:

Ich fand die Entwicklung in der DGVT extrem interessant. Ich habe das verfolgt und bin nicht ausgetreten, auch als die DGVT sich in eine meiner Ansicht nach seltsame Richtung fortbewegt hat. Das war die Zeit, als nur noch politische und gesellschaftskritische Aspekte in der VPP publiziert wurden. Es war ziemlich fachfremd, was da veröffentlicht wurde. Andere Kollegen sind damals aus Empörung ausgetreten, weil das Geschehen nicht mehr viel mit der Entwicklung der Psychotherapie, mit Forschung oder empirischer Grundlage der VT zu tun hatte, sondern völlig politisiert war. Aber ich fand es auch sehr interessant, weil es eben der Zeitgeist war. Und

ich fand meine Interessen auch immer bei den großen Berliner Kongressen der DGVT wieder, die hochkarätig besetzt und immer auch ein Abbild der Gesellschaft waren. Auch diese zeitweise fast esoterisch anmutenden Geschichten, die publiziert wurden, waren zeitgeistmäßig wichtig. Und das konnte man mit der DGVT mitverfolgen. Ich war dann aber sehr, sagen wir mal erleichtert, als die DGVT wieder die wissenschaftlich-empirische Richtung eingeschlagen hat. Und jetzt hat sie ja wirklich sehr gute und interessante Themenbereiche mit hochkarätigen Kollegen, die da publizieren. Die DGVT ist eine sehr interessante Institution, die sehr weiträumig die Verhaltenstherapie vertritt. Gleichzeitig ist sie auch gesellschaftspolitisch aktiv.

Das IFT, die BAP/CIP und auch der VFKV, um nur drei andere Institutionen zu nennen, waren sehr viel weniger gesellschaftspolitisch orientiert. Diese Institute vermitteln sicherlich eine sehr gute Ausbildung. Ich bin da auch dabei und mit allen verknüpft. Dennoch gibt es große Unterschiede in den Institutionen und in den Ambulanzen.

Steffen Fliegel:

Die DGVT hat jetzt fast 9.000 Mitglieder, so viele hatte sie selbst in ihrer früheren Hochphase nicht, sie ist damit der größte psychotherapeutische Fachverband Europas. Und auch die Altersstruktur verändert sich, das Durchschnittsalter wird immer jünger. Viele jüngere Kolleginnen und Kollegen, die die Ausbildung bei der DGVT machen, treten vielleicht ein, weil sie dadurch die Ausbildung finanziell günstiger bekommen. Aber der allergrößte Teil tritt auch nach Ausbildungsabschluss nicht wieder aus. Was glaubst du, was die DGVT für sie attraktiv macht und was sie vielleicht noch attraktiver machen könnte?

Sibylle Kraemer:

Ich glaube, dass diese gesellschaftspolitische Ausrichtung der DGVT hochinteressant ist. Vieles wird ja auch immer in den Beiblättern der Fachzeitschrift VPP sehr gut und informativ abgehandelt. Die Mitglieder bekommen eine hervorragende Fachzeitschrift frei Haus geliefert. So können sie sich gut weiterbilden, in neuen Verfahren oder auch durch Retrospektiven von älteren Verfahren mit neuen Entwicklungen.

Steffen Fliegel:

Hast du Beziehungen zur DGVT-VT-Ausbildung, zum Beispiel hier in München?

Sibylle Kraemer:

Ich supervidiere und bin häufig an den Prüfungen zur Approbation beteiligt. Ich weiß, dass hier in München die DGVT-Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten sehr intensiv betreut werden, auch vom sehr aktiven Rudi Merod, dem Leiter des Münchener/Bad Tölzer Instituts. Das geschieht persönlich und gar nicht hierarchisch, sondern sehr auf Augenhöhe. Und auch die Verwaltung ist gut besetzt und immer verfügbar. Obwohl die DGVT ja sehr groß ist, ist sie gut aufgestellt, eben gerade beim persönlichen Kontakt zu den Auszubildenden. Die Fortbildungen sind interessant und auch die Supervisorentreffen werden immer mit neueren Erkenntnissen angereichert.

Steffen Fliegel:

Wir wünschen uns, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer eine Haltung und Atmosphäre vorfinden, die auch die Haltung der DGVT insgesamt widerspiegelt. Die DGVT hat ja auch den Berufsverband gegründet. Das ist sicherlich auch ein Ergebnis der vielen Wünsche und Fragen, die von den jüngeren Leuten kommen, die sich gerne informieren möchten. Wir brauchen neben der gesundheits- und fachpolitischen auch die berufspolitische Schiene. Ich würde gerne noch einmal zur Verhaltenstherapie kommen. Du hast vorhin gesagt, Kanfer hat damals die Organismusvariable aufgewertet und hat gesagt, da gucken wir nicht nur auf das Organische, sondern wir gucken eben auf viele Dinge wie Dispositionen, Persönlichkeitsstrukturen, lebensgeschichtliche Ereignisse. Für mich war das immer ein Ausdruck der Verlegenheit. Wir merkten, dass unsere Reiz-Reaktions-Ketten zu eng wurden, dass es auch andere wichtige Einflüsse und Bedingungen für Probleme gibt. Diejenigen, die verhaltenstherapeutisch arbeiteten, waren immer neugierig, wollten für noch mehr Patientinnen und Patienten gut und effektiv sein. Dadurch kamen immer mehr Öffnungen zur Kognition, zur Emotion und jetzt letztlich auch zum Körper, zur Motivation und mittlerweile auch zur Betrachtung tiefsitzender Konflikte, die sich ungelöst dann in dem Symptom repräsentieren. Dadurch ist die Organismusvariable ja eigentlich wieder entzerrt worden, wir brauchen ihre Erweiterung nicht mehr im Rahmen der Reiz-Reaktions-Kette, weil wir andere Problemanalysen konzipieren können als nur die funktionale Analyse. Wir können eine kognitive Analyse machen, eine Emotionsanalyse, die körper-

bezogene Analyse, die Motivationsanalyse und so weiter. Findest du diese Sichtweise der VT-Entwicklung gut oder begleitest du sie auch mit Skepsis?

Sibylle Kraemer:

Das ist ja der Vorteil der Verhaltenstherapie, die einen relativ dünnen theoretischen Ausgangspunkt hatte. Das theoretische und methodische Netzwerk dieser Verfahren hat sich aber sehr erweitert. Das zeigt, wie offen die VT immer noch ist. Und sie bietet sehr viele Möglichkeiten für die Kreativität. Was in der Literatur als „Wellen“ gekennzeichnet wird, finde ich nicht schlecht. Ich sehe das nur dann kritisch, wenn es weit weggeht von der theoretischen und empirischen Fundierung der Verhaltenstherapie. Und ich finde immer noch, dass die individuelle horizontale und vertikale Verhaltensanalyse, durchaus zusammen mit der Plananalyse, einen Königsweg in der individuellen Diagnostik und einen enormen Erkenntnisgewinn für die Patienten darstellt.

Steffen Fliegel:

Und die weiterführenden Strömungen?

Sibylle Kraemer:

Schon die kognitive Wende war keine Wende, sondern eine große theoretische und praktische Bereicherung. Uns wurde dann vorgeworfen, wir seien zu „verkopft“. Aber im – wenn auch nicht explizit formulierten – Fokus standen ja die maladaptiven Emotionen mit dem Zugang sowohl über die Kognition als auch über die Handlung. Außerdem wurde die Handlungsorientierung der VT, also das Üben und damit der Körper, wenn auch wiederum implizit, nie vergessen. Mit Greenberg, der ja aus der humanistischen Psychologie kommt, und seinen emotionsfokussierenden Verfahren wurde das Gewicht stark auf die Wahrnehmung und den Ausdruck von Emotionen gelegt. Er arbeitet mit sehr guten Interventionen, die eben mehr das Gefühl in den Fokus nehmen. Zum Beispiel mit imaginativen Verfahren oder mit „Stuhlarbeit“. Ein grässliches Wort, das englische „Chair-Work“ klingt sehr viel besser. Ich sage lieber emotionsbezogenes oder kognitives Ein-Personen-Rollenspiel. Dann die Betonung des Körpers, Embodiment. Kognitionen lassen sich viel besser mit körpertherapeutischen Verfahren beeinflussen. Ich glaube, dass diese Techniken fruchtbare Erweiterungen der VT und gut integrierbar sind, also nichts fundamental anderes.

Steffen Fliegel:

Klaus Grawe hat einmal gesagt: „Ich brauche diese Therapieschulen gar nicht. Mich interessieren die

Wirkfaktoren.“ Und die können aus verschiedenen Therapieschulen resultieren. Wenn wir sie in ein gutes Konzept bringen, dann haben wir eigentlich eine relativ optimale Therapie, denn jede Therapie-schule und -richtung hat wirkungsvolle Ansätze und Methoden, die VT genauso wie die Tiefenpsychologie, die Gestalttherapie, die Gesprächspsychotherapie und so weiter. Wenn man diesem Modell folgt, dann wäre es ja eigentlich richtig, zu sagen, ich habe mein verhaltenstherapeutisches Standbein und erweitere es mit wirkungsvollen Faktoren anderer Verfahren, mit dem ich meinen verhaltenstherapeutischen Ansatz erweitere oder ergänze, ohne es Verhaltenstherapie zu nennen. Es ist dann möglicherweise durchaus Körperpsychotherapie oder Gestalttherapie oder Tiefenpsychologie. So hat es 2009 das Forschungsgutachten vorgeschlagen. Weiterhin in einem Schwerpunktverfahren ausbilden, weil wir noch kein theoretisches Dach für die psychische Störung als solche haben. Aber wir wollen die angehenden Kolleginnen und Kollegen möglichst breit ausbilden, dass sie auch die wirkungsvollen Ansätze aus anderen Richtungen kennenlernen. Dann können sie zukünftig auch evidenzbasiert arbeiten. Und vielleicht kommen wir doch einmal zu einem Modell allgemeiner Psychotherapie. Wie stehst du dazu, die Verhaltenstherapie, die uns beide ja auch als Verfahren verbindet, als Schwerpunktverfahren zu sehen, aber den Blick, zum Beispiel über verschiedene Problemanalysen, dann auch über den Tellerrand hinaus zu anderen Therapierichtungen hin zu öffnen?

Sibylle Kraemer:

Ich meinte eben, dass gerade das mit den Erweiterungen passiert. Ich finde, dass beispielsweise die kognitiven Ansätze wie auch andere Erweiterungen der Verhaltenstherapie keine fundamental anderen theoretischen Konzepte haben. Was Emotionen angeht, ist die Differenzierung von Emotionen in primäre, sekundäre und instrumentelle hilfreich, siehe Greenberg und Lammers. Was Schemata angeht, hilft es uns, die kognitiven Bereitschaften oder Einstellungen komplexer zu sehen, sehr viel enger verknüpft mit Emotionen und der frühen Biografie. Die tiefenpsychologischen Sichtweisen sind da schon fundamental anders in der Theoriebasis. Da lässt sich zwar Einiges übersetzen, aber eben nicht alles. Das Mutterintjunkt bei Brustkrebs lässt sich schwer in verhaltenstherapeutische Termini übersetzen. Ich bin ja sehr früh ausgebildet in der Verhaltenstherapie und habe immer Wert gelegt auf eine empirische Fundierung. Und ich sehe nicht, wie diese empirische Fundierung passieren kann, wenn es ein Sammelsurium von Techniken und Interventionen gibt. Du hast selbst gesagt,

das Standbein ist die Verhaltenstherapie, aber die Erweiterung aus den anderen, auch theoretisch anders begründeten Konzepten kann funktionieren. Grawe hat das zwar immer gesagt, aber er hat es nicht getan ...

Steffen Fliegel:

Vielleicht weil er zu früh gestorben ist und es noch vorhatte?

Sibylle Kraemer:

Ja, leider, Grawe war ein großer Mann. Aber trotzdem hat er mit seiner Neuropsychotherapie einen sehr viel engeren Ansatz konzipiert als eine Allgemeine Psychotherapie. Und warum sollen wir nicht verschiedene therapeutische Konzepte nebeneinander haben? Ich bin gegen ein Sammelsurium von allen möglichen Verfahren.

Steffen Fliegel:

Du bist ja viele Jahre ganz aktiv in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung für Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte gewesen. Was würdest du über die heutige Ausbildung sagen? Es steht uns ja möglicherweise eine Reform bevor, wonach die Ausbildung zum Studium wird.

Sibylle Kraemer:

Vielleicht zunächst zu den Setting-Bedingungen: Ich finde es schwierig, dass Psychologinnen und Psychologen, die eine Psychotherapieausbildung machen, mit 1.800 Stunden ein so langes sogenanntes psychologisches Praktikum machen müssen. Das ist zwar ein sinnvoller Ausbildungsbaustein, aber völlig unterfinanziert. Es handelt sich ja um fertige Psychologen mit Diplom- oder Master-Abschluss. In den psychiatrischen Kliniken müsste noch viel mehr Psychotherapie ganz selbstverständlich implementiert werden. Dann könnte man dort lernen, dass man zum Beispiel mit schizophrenen Patienten sehr gut kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeiten und auch die produktive Symptomatik reduzieren kann. Oder mit schweren Persönlichkeitsstörungen, wie etwa BPS. Die Anleitung ist oft ungenügend, weil es in den Kliniken zu wenige Psychologen gibt, die diese übernehmen können. Da müsste dringend mehr getan werden.

Steffen Fliegel:

Und die methodisch-inhaltliche Seite in der heutigen Ausbildung?

Sibylle Kraemer:

Vieles ist sehr gut. Was mir fehlt, sind die guten alten VT-Methoden, die immer noch eine große

Veränderungswirkung haben. Diese sollten verkürzt, aber praxisnah erlernt werden. Zum Beispiel die systematische Desensibilisierung, die Selbstkontrollverfahren von Kanfer, die ja sehr komplex sein können. All das sind doch wichtige Interventionen, die meiner Ansicht nach zu wenig gelehrt werden.

Steffen Fliegel:

Da kommen unsere Lehrfilmreihe und unser neues Lehrbuch im dgvt-Verlag gerade recht. In der Lehrfilmreihe zeigen wir sehr praxisnah und kompetent, wie die alten und neuen VT-Methoden angewendet werden können. Und im Lehrbuch beschreiben wir, was VT kann und wie es geht.

Sibylle Kraemer:

Das hört sich gut an, denn genau das vermisste ich sehr. Ich finde es sehr wichtig, dass ein theoretischer Fundus immer wieder eng mit der Praxis verknüpft wird. Daher wäre es gut, wenn die Auszubildenden in den Institutionen mit den Patienten arbeiten würden und dann die Theorie dazu dargeboten bekommen und das direkt in die Praxis umsetzen können.

Steffen Fliegel:

Es gibt die DGVT jetzt 50 Jahre. Du hast die Entwicklung mitverfolgt. Hättest du aus deiner lang-

jährigen Erfahrung Tipps für die DGVT und ihre Zukunft, für ihre weitere Entwicklung?

Sibylle Kraemer:

Ich finde, dass die DGVT und auch die anderen Institute wirklich enorme Arbeit geleistet und eine gute Ausbildung curricular konzipiert haben. Die jungen Kolleginnen und Kollegen können stolz auf ihre fundierte Ausbildung sein und könnten selbstbewusst damit umgehen. Das könnte sich fundamental ändern, wenn die Ausbildung universitär werden sollte. Was mehr beachtet werden könnte, sind neue Entwicklungen und deren vorsichtige Integration. Manchmal habe ich den Eindruck, dass neue Verfahren, weil sie sich spannend anfühlen und kurzfristig beeindruckend, von den Instituten angeboten werden und die unerfahrenen Kolleginnen und Kollegen sie völlig ohne Grundlage anwenden. In dem Fall ist „trial and error“ wirklich nicht geeignet. Manchmal tun mir die Patienten aus diesem Grund leid. Das ist meine Erfahrung aus der Supervision. Aber ich sollte vielleicht nicht so kritisch sein.

Steffen Fliegel:

Liebe Sibylle, herzlichen Dank für das ausführliche und sehr offene Gespräch.

Gute **Verhaltenstherapie** lernen und beherrschen

IM PAKET BEIDE BÄNDE | S. K. D. Sulz | Bd 1 (VT-Wissen) + Bd 2 (VT-Praxis) ISBN 978-3-86294-049-3 | 99,- €



Band 1
Verhaltenstherapie-
Wissen
So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome

ISBN 978-3-86294-046-2
Hardcover A4 | 438 S. | 59,- €



Band 2
Verhaltenstherapie-
Praxis
Alles, was Sie für eine gute Therapie brauchen

ISBN 978-3-86294-047-9
Hardcover A4 | 316 S. | 59,- €

Herold Fulfillment GmbH | cip-medien@herold-va.de | Tel. 0 89-61 38 71 24 | www.cip-medien.com

CIP-MEDIEN