

13. DGVT-Interview mit Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier

geführt im März 2023 in Greifswald von Steffen Fliegel

Der DGVT-Vorstand hat Steffen Fliegel beauftragt, in loser Reihenfolge wichtige frühere und heutige Förderer des Verbandes und der Verhaltenstherapie zu interviewen. Damit sollen zum einen eine Ehrung und Wertschätzung dieser Kolleginnen und Kollegen für ihr Engagement zum Ausdruck kommen, zum anderen können die heutigen mehr als 11.000 Mitglieder mehr über die Historie, die Wurzeln und die zum Teil sehr spannungsgeladenen Entwicklungslinien der DGVT und der Verhaltenstherapie in Deutschland erfahren

Im ersten Interview 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 1/2014), das vierte **Dieter Kleiber** (VPP 3/2014), das fünfte galt **Armin Kuhr** (VPP 1/2016), das sechste **Sybille Krämer** (VPP 1/2018), das siebte Interview wurde mit **Bernhard Scholten** (VPP 3/2019), das achte mit **Waltraud Deubert** geführt (VPP 1/2020), das neunte mit **Frank Nestmann** (VPP 3/2021), das zehnte Interview mit **Ute Sonntag** (VPP 4/2021), das 11. Interview wurde geführt mit Martina Mautner (VPP 2/2022), das 12. mit **Jochen Schweitzer** (VPP 3/2022) und nun das 13. Interview mit **Eva-Lotta Brakemeier** in Greifswald, welches in VPP 2/2023 veröffentlicht ist.

Steffen Fliegel: Liebe Eva-Lotta, ich bin sehr froh, heute hier in Greifswald zu sein, es ist ein wunderschönes Wetter draußen, ein bisschen Meeresluft, und ich freue mich, dass du für dieses DGVT-Interview Zeit hast. Dass ich heute für dieses Interview hier bin, hat den Hintergrund, dass du dich schon lange für eine moderne Verhaltenstherapie engagierst. Eine Verhaltenstherapie, die nicht streng und rigide auf sich selbst schaut, sondern sich im Sinne der Patientinnen und Patienten offen im Feld einer wirkungsvollen Psychotherapie zeigt. Die psychotherapeutische Versorgung ist dir ebenfalls ein wichtiges Anliegen. Und es gibt deinerseits ja auch durchaus Berührungspunkte zur DGVT. Ich bin ganz gespannt auf unser Gespräch und fände es schön, wenn du vielleicht am Anfang unseren Leserinnen und Lesern ein paar Sätze zu dir sagen würdest. Ich nehme schon einmal vorweg: Du bist Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Greifswald und leitest auch das universitäre Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP), welches die Ambulanz für die Psychotherapieausbildung und die Hochschulambulanz für Forschung und Lehre beherbergt. Wie bist du hierhergekommen, und was hast du davor gemacht?

Eva-Lotta Brakemeier: Zunächst möchte ich mich herzlich bedanken, dass die DGVT mich als Interviewpartnerin ausgewählt hat, was mich sehr freut. Nun zu deiner ersten Frage: Mein Weg war vergleichsweise lang und führte über verschiedene Umwege und Stationen. Zunächst kurz zum

Beginn. Mein erstes Studium galt nicht der Psychologie, sondern der Musik. Ich habe direkt nach dem Abitur Querflöte in der schönen Kulturhauptstadt Weimar studiert. Da ich jedoch nach dem Vordiplom einen Kontrollverlust über die Muskulatur eines Fingers bekam, zerplatze mein Traum, Profimusikerin zu werden. Da bereits während der Schulzeit die Psychologie mein alternativer Studienwunsch war, begann ich parallel zu Musikstudium mit dem Psychologiestudium an der Freien Universität in Berlin. So habe ich mein Musikstudium noch abschließen und zeitgleich einen Neustart in meine Traumstadt Berlin mit dem faszinierenden Studium der Psychologie gewagt.

Steffen Fliegel: Der Rückzug vom geliebten Instrument muss ja ein großer persönlicher Verlust gewesen sein...

Eva-Lotta Brakemeier: ... Ja, das war eine erste große Krise in meinem Leben. Im Nachhinein stelle ich jedoch fest, dass ich aus dieser Lebenskrise viel gelernt und sicherlich an Flexibilität und Resilienz gewonnen habe. Zudem habe ich die Musik wieder in mein Leben integriert, was für mich sehr bereichernd ist.

Steffen Fliegel: Schön das zu hören! Bist Du denn dann damals ins Psychologiestudium mit einem bestimmten Ziel gestartet?



Eva-Lotta Brakemeier: Zunächst wollte ich Kinder- und Jugendpsychotherapeutin werden. Allerdings hat mich im Studium dann sehr schnell die Forschung begeistert. Ich konnte schon in den ersten Semestern als studentische Hilfskraft im Max-Planck-Institut für Bildungsforschung bei Paul Baltes, Jacqui Smith und Ute Kunzmann arbeiten. So konnte ich mich intensiv mit dem Konzept des sog. erfolgreichen Alterns, dem Modell der selektiven Optimierung und Kompensation, mit Weisheit im Alter aber auch mit Depressionen bei Hochbetagten

wissenschaftlich auseinandersetzen. Am Ende des Studiums hat mich dann jedoch doch die Praxis der Psychotherapie gereizt, was sicherlich auch durch Anna Auckenthaler getriggert wurde, die an der Freien Universität in Klinischer Psychologie lehrte.

Steffen Fliegel: Bei ihr hast du sicherlich sehr fundiert die humanistische Therapie kennengelernt.

Eva- Lotta Brakemeier: Ja, damals erschien es mir zunächst fast so, als gäbe es in Deutschland vor allem die humanistische Psychotherapie, der Lehrstuhl von Anna Auckenthaler war eben entsprechend gestaltet. In den letzten beiden Semestern konnte ich in einem ihrer Praxisseminare auch eine eigene Klientin mit Gesprächspsychotherapie behandeln, was ich sehr spannend fand und was in mir den Wunsch, Psychotherapeutin zu werden, wiedererwachen ließ. Die Wahl des Psychotherapieverfahrens fiel mir jedoch sehr schwer, da mich sowohl die Gesprächspsychotherapie als auch die Verhaltenstherapie und die psychodynamische Therapie interessierten. Aufgrund meiner Erfahrungen fehlten mir bei der humanistischen Therapie jedoch die konkreten Strategien jenseits der Beziehungsgestaltung. Die psychodynamischen Ansätze fand ich aufgrund des Einbezugs der Kindheit faszinierend und bei der Verhaltenstherapie hat mich die Evidenz sehr überzeugt.

Steffen Fliegel: Das heißt, du warst dann auf der Suche nach Orientierung im Dschungel der Psychotherapieverfahren, und bist dann bei der Verhaltenstherapie gelandet?

Eva-Lotta-Brakemeier: Ja, genau.

Steffen Fliegel: Und so hattest du deinen ersten Kontakt mit der DGVT, denn du hast ja am DGVT-Institut in Berlin die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin absolviert...

Eva-Lotta Brakemeier: ... Ja, ich war damals froh, die DGVT als Ausbildungsinstitut gefunden zu haben. Gerade weil ich die DGVT als einen sehr offenen und lebendigen Verein erlebt habe, der sich zudem auch gesundheits- und gesellschaftspolitisch engagiert und einbringt. Das war und ist für mich als politisch denkender Mensch wichtig. Zudem hat mich natürlich die in der DGVT gelebte Verbindung von Forschung und Praxis überzeugt. Wir wurden damals als ein neuer Kurs sehr herzlich im Berliner Ausbildungszentrum der DGVT aufgenommen. Abgesehen von den vielen spannenden und vielfältigen Theorieseminaren mit wunderbaren Dozierenden erinnere ich mich sehr gerne an all die schönen sozialen Erfahrungen. Monika Basqué hat damals als Leiterin des Ausbildungszentrums viel Wert gelegt auf eine gute (Lern-)Atmosphäre sowie die Identifikation mit dem Institut, was durch bemerkenswerte Sommerfeste und Weihnachtsfeiern gelang. Mein Ausbildungskurs ist damals auch interpersonell schnell zusammengewachsen, zwei sehr gute Freundinnen aus diesem Kurs begleiten mich bis heute durchs Leben. Auch war ein intensives Selbsterfahrungs-Gruppen-Wochenende für mich besonders wichtig, da ich dort meine eigenen Beziehungserfahrungen reflektieren konnte.

Steffen Fliegel: Das klingt in der Tat spannend und intensiv. Hattest du dich denn in der Zeit von der Forschung ganz verabschiedet?

Eva-Lotta Brakemeier: Nur für ein Jahr – denn in meinem Praxisjahr am Auguste-Viktoria-Klinikum blieb für Forschung wahrlich keine Zeit. Da es sonst niemanden auf der Station mit psychotherapeutischer Qualifikation gab, musste bzw. durfte ich sozusagen den Sprung ins kalte Wasser machen, der sich dann aber gar nicht so kalt angefühlt hat. Ich habe mit Begeisterung v.a. Patient*innen mit Doppeldiagnosen Schizophrenie und Sucht sowie therapieresistenten

Depressionen behandeln können. Während der Zeit auf der Station sind mir allerdings bestimmte offene Forschungsfragen aufgefallen, bei denen es mich gereizt hat, sie anzugehen. In dieser Zeit habe ich mir eigenständig ein Promotionsthema zur Optimierung der Behandlung der therapieresistenten Depression durch Kombination von Stimulationsverfahren und Psychotherapie überlegt. Um diese Forschung zu finanzieren, habe ich einen Antrag zur Finanzierung bei der Studienstiftung des deutschen Volkes gestellt, welcher erfreulicherweise auch genehmigt wurde.

Steffen Fliegel: Das heißt, du hast neben der Ausbildung auch promovieren können?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, ich konnte dann im zweiten Ausbildungsjahr mit meiner Promotion beginnen, betreut von Norbert Kathmann von der Humboldt Universität Berlin und Malek Bajbouj von der Charité, wo ich auch meine Promotionsstudien durchführen konnte. Seit dieser Zeit versuche ich stets, wissenschaftliche Fragen, die mir in meiner Psychotherapiepraxis begegnen, durch praxisbasierte Forschung anzugehen. Oder umgekehrt: wenn ich Psychotherapeutin bin, dann handle ich oft auch gemäß neuester Forschungsbefunde. Ich folge also somit dem Leitbild der „Scientist-Practitioner“.

Steffen Fliegel: Hast du denn dann immer den Spagat hinbekommen, beide Seiten gut zu bedienen?

Eva-Lotta Brakemeier: Nicht immer, aber meistens. Wenn ich während einer Karrierephase, zu viel an Praxis oder zu viel an Forschung nachgehen musste, habe ich das jeweils andere irgendwann so sehr vermisst, dass ich mich beruflich wieder verändert habe. Im Rückblick kann ich sagen, dass ich beides doch überwiegend gleichzeitig verfolgen konnte, worüber ich sehr dankbar bin.

Steffen Fliegel: Und wie waren dann deine weiteren beruflichen Stationen?

Eva-Lotta Brakemeier: Mit einer kürzeren, aber sehr spannenden Zwischenstation in New York, wo ich intensiv Forschung zu Stimulationsverfahren in der Behandlung von therapieresistenter Depression gemeinsam mit Harold Sackeim nachgehen konnte, habe ich eine Stelle in der Uniklinik Freiburg bei Mathias Berger angenommen. Das hatte einen bestimmten Hintergrund. Bei der Ausübung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) hatte ich bei einigen Patientinnen und Patienten mit bestimmten Störungsbildern, insbesondere der chronischen bzw. therapieresistenten Depression, das Gefühl, durch die KVT nicht wirklich weiter zu kommen bzw. an meine therapeutischen Grenzen zu stoßen. Daher wollte ich in Freiburg bei Lisa Schramm CBASP erlernen, da ich auf einem Kongress Jim McCullough und seinen CBASP-Ansatz kennengelernt hatte, den Lisa quasi nach Deutschland exportiert hatte.

Steffen Fliegel: Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy ist ja eine eher Therapieschulen übergreifende Methode. Was hat dich daran interessiert?

Eva-Lotta Brakemeier: Aus meiner Sicht kommen in der klassischen Verhaltenstherapie die Bedeutung der Kindheit und der Einbezug früher traumatisierender Beziehungserfahrungen, also Childhood Maltreatment, zu kurz. Die biografische Arbeit ist für bestimmten Patientinnen und Patienten zu wenig tiefgehend und verstehend. CBASP verbindet auf eine für mich sehr überzeugende Art und Weise die psychodynamischen Theorien und Techniken mit denen der Verhaltenstherapie und der Interpersonellen Schule. Ich konnte in Freiburg CBASP als stationäres Konzept gemeinsam mit anderen Kolleginnen und Kollegen modifizieren, auf der Station implementieren und beforschen. Auch habe ich dort die IPT erlernt und beforscht.

Steffen Fliegel: Das klingt in der Tat spannend. Zur Forschung kommen wir später noch einmal. Was verbirgt sich denn hinter der IPT?

Eva-Lotta Brakemeier: Die IPT, also die Interpersonelle Psychotherapie, ist eine ursprünglich spezifisch für die Depressionsbehandlung entwickelte Methode mit 12-20 wöchentlichen Einzelsitzungen, weshalb sie sich für den stationären Kontext besonders gut eignet. In der IPT geht man davon aus, dass unabhängig von den multiplen Ursachen einer Depression, eine depressive Entwicklung sich stets in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext ereignet, was mit meinen therapeutischen Erfahrungen absolut in Einklang steht. Ein zentrales Therapieziel ist deshalb die Bewältigung belastender zwischenmenschlicher und psychosozialer Stressoren, wie soziale Rollenwechsel, also Lebensveränderungen, zwischenmenschliche Konflikte, Isolation bzw. Einsamkeit oder komplizierte Trauer.

Steffen Fliegel: In einer Uniklinik als Stationspsychologin arbeitend hast Du vermutlich vor allem therapeutisch gearbeitet?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, genau. Die sechs Jahre in der Freiburger Uniklinik waren eine sehr bereichernde und wertvolle Zeit, in der ich viel gelernt habe. In mir ist jedoch nach einigen Jahren der Wunsch entstanden, an ein psychologisches Institut einer Universität zurückgehen, um mich intensiver der Forschung widmen zu können. Daher war ich sehr glücklich, als ich meinen ersten Ruf an die Psychologische Hochschule Berlin – kurz PHB – bekommen habe. Dort befanden sich die psychodynamische Therapie und die VT quasi unter einem Dach. Ich konnte gemeinsam mit Frank Jacobi einen neuen psychotherapeutischen VT Approbationsausbildungsstudiengang, gepaart mit Masterabschluss, aufbauen, wobei ich vor allem die Weiterentwicklungen der VT – also die sogenannte dritte Welle – lehren und beforschen sollte. Gerade der Austausch mit den psychodynamischen Kolleginnen und Kollegen in der Lehre – wie gemeinsame Fallseminare – und Forschung empfand ich als sehr inspirierend. Allerdings war es dort schon auch schwierig, mein Ziel der Fokussierung auf die Forschung umzusetzen. Daher habe ich mich dann weiter beworben und eine Professur an der Phillips-Universität Marburg bekommen, eine Stiftungsprofessur, die von den Schön Kliniken finanziert wurde, mit engem Bezug zur stationären Psychotherapie, die ich ja in Freiburg sehr gut kennengelernt habe.

Steffen Fliegel: Siehst du einen Unterschied zwischen einer Professur an einer privaten Hochschule im Vergleich zu einer staatlichen?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, hier gibt es Unterschiede, wobei ich jetzt primär nur für die Psychologische Hochschule Berlin sprechen kann, die ja eine staatlich anerkannte Hochschule auf universitärem Niveau ist. Die Professur für den postgradualen VT-Studiengang, die ich damals innehatte, war nicht mit Mitarbeiterstellen ausgestattet und ich hatte auch noch keine Drittmittel-Mitarbeiter*innen. Unter diesen Bedingungen fiel es schwer, hochkarätige Forschung zu betreiben. Mittlerweile gleicht die Lehrverpflichtung an den privaten Universitäten wie der PHB in etwa gleich der an den staatlichen Universitäten. Andererseits sind bürokratische Wege oft nicht so kompliziert wie an staatlichen Universitäten und bestenfalls kann man sich besser einbringen, gestalten und walten – gerade an so kleinen Hochschulen wie die PHB damals noch war. Es war alles sehr familiär, auch die sogenannte „pro-Kopf-Betreuung“ der Studierenden intensiv. Und natürlich besteht der Hauptunterschied für die Studierenden darin, dass private Hochschulen, die ja in privater Trägerschaft sind, von den Studiengebühren, die die Studierenden zahlen, finanziert werden, während staatliche Hochschulen aus Steuern finanziert werden. Daraus ergibt sich

natürlich, dass Studierende für ein Studium an einer Privathochschule deutlich mehr zahlen müssen, auch wenn es sich wie bei der PHB um eine gemeinnützige, also nicht gewinnorientierte Einrichtung handelt.

Steffen Fliegel: Wie war es dann in Marburg, in einem ja vergleichsweise sehr großem Institut einer staatlichen Universität, zu arbeiten?

Eva-Lotta Brakemeier: Im Rahmen dieser Professur hatte ich mit der Professur für Psychotherapieforschung tatsächlich mehr Kapazitäten für Forschung. In der Ausschreibung stand, ein Konzept der personalisierten Psychotherapie zu entwickeln und zu beforschen.

Steffen Fliegel: Du hattest im Gespräch eine Abkürzung eingeführt, ePePsy, also Evidenzbasierte Personalisierte Psychotherapie, was so viel bedeutet wie bestmögliche Psychotherapie unter Berücksichtigung der individuellen Persönlichkeit und Lebensbedingungen. Da hätte ich nachher noch eine Frage dazu. Vielleicht erzählst du zunächst noch etwas zur nächsten und heutigen Station des beruflichen Lebensweges.

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, sehr gerne. Auf der Professur in Marburg wollte und konnte ich mich auch aufgrund der Befristung für 6 Jahre nicht „ausruhen“. Und so war ich wirklich sehr glücklich, als ich einen Ruf auf eine unbefristete W3 Professur an die Universität Greifswald erhalten habe, also an einen Ort, der direkt an der Ostsee liegt. Das Meer liebe ich seitdem ich denken kann und so war es für mich ein Traum, an einem einsamen Ort wohnen zu können, wo ich das Meer direkt vor der Haustür habe. Auch wenn Greifswald natürlich gerade im Vergleich zu Berlin sehr klein ist, genieße ich es, in dieser Stadt zu arbeiten, die durch die Universität sehr geprägt wird. Die Wege hier sind sehr kurz, man kennt sich sehr gut und unterstützt sich sehr. Beispielsweise habe ich schnell den Kontakt zum Bürgermeister herstellen können, was für meine sogenannten ‚Third Mission‘ Projekte sehr hilfreich ist. Da es in ganz Mecklenburg-Vorpommern keine weiteren Klinischen Professorinnen und Professoren gibt, kommt mir eine große Verantwortung zu, die neuen Psychotherapie-Studiengänge einzuführen, was ich im engen Kontakt mit dem Rektorat meiner Uni sowie den Ministerien in Schwerin aktuell umsetze.

Steffen Fliegel: Danke für die Beschreibung deiner sehr abwechslungsreichen beruflichen Laufbahn, in wissenschaftlichen wie auch in praktischen Bereichen und in persönlicher Hinsicht. Wenn du auf deine verschiedenen Studien zurückblickst, welche Forschung hat dir am meisten Freude gemacht, welche deiner berufliche Arbeit hat dich am meisten geprägt?



Eva-Lotta Brakemeier: Durch meine Forschung zieht sich ein roter Faden und das ist die Optimierung der Behandlung der Patientinnen und Patienten, die an depressiven Störungen leiden, und zwar an besonders schweren, chronischen und/oder therapieresistent erscheinenden Depressionen. Je länger ich mich mit Depressionen beschäftige, desto komplexer und heterogener erscheinen mir diese Erkrankungen. Bei den Studien, die ich bisher durchgeführt habe, habe ich stets versucht, die Praxis der Behandlung unmittelbar zu beeinflussen – also die praktische Relevanz stets mitgedacht. Meine erste Studie, die ich damals während der Ausbildung auf der Station im Auguste-Viktoria Klinikum in Berlin entwickelt habe, bezog sich auf die Optimierung der EKT, also der Elektrokonvulsionstherapie. Eine schwer depressive Patientin, die ich zuvor mit meiner KVT gar nicht zu erreichen schien, sprach bemerkenswert gut auf die EKT an. Nach ihrer Entlassung stellte sie sich sechs Wochen später jedoch wieder mit einem schweren Rückfall bei uns vor, was mich damals als junge Psychologin in Ausbildung sehr belastet hat. Durch das Lesen von Studien erfuhr ich, dass das hohe Rückfallrisiko ein entscheidender Nachteil der EKT ist und dass es für die Art der Erhaltungstherapie noch kaum Studien gibt, vor allem nicht zur Psychotherapie. Daher wollte ich in einer randomisiert-kontrollierten Studie überprüfen, ob nach erfolgreicher EKT eine ambulante Gruppen-Psychotherapie kombiniert mit Antidepressiva als Erhaltungstherapie wirksamer ist als eine reine medikamentöse Antidepressiva Therapie oder eine Erhaltung-EKT kombiniert mit Antidepressiva. Und genau diese Hypothese konnte bestätigt werden. Für mich als Scientist-Practitioner sind das die schönsten Momente: wenn ich aus der Praxis eine Forschungsfrage entwickeln kann und ich, natürlich meist nach sehr viel Zeit, am Ende so ein Studienergebnis erhalte, was – nach Replikation – auch tatsächlich die Praxis zumindest ein wenig verbessert und somit Patientinnen und Patienten direkt helfen kann.

Steffen Fliegel: Du hast gesagt, du warst unzufrieden mit der Anwendung der klassischen KVT gerade bei chronischen Depressionen. Gibt es in deiner Forschung ein Ergebnis, was da Mut macht?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, die praktische Arbeit mit CBASP (Cognitive Behavioral Analysis Systems of Psychotherapy) sowie Ergebnisse zur Wirksamkeit geben Anlass zu Mut und Hoffnung. Wie eben

schon beschrieben, stammen Theorien und Herangehensweisen – wie zum Beispiel die Liste prägender Bezugspersonen und die gemeinsame Formulierung von Übertragungshypothesen – auch aus der psychodynamischen Therapie, wobei diese Strategien eher verhaltenstherapeutisch, also sehr transparent, strukturiert, fokussiert und somit in relativ kurzer Zeit umgesetzt werden. Hinzu kommen eine aus meiner Sicht innovative Art der Beziehungsgestaltung durch die Haltung des disziplinierten persönlichen Einlassens sowie verhaltenstherapeutisch und interpersonell orientierte Strategien, die an den aktuellen interpersonellen Problemen der Patientinnen und Patienten ansetzen, wie die Situationsanalyse und der Kiesler Kreis. Ich war und bin fasziniert von dieser Methode, gerade auch in der stationären Anwendung. Für das stationäre Konzept haben wir Gruppentherapien entwickelt und das ganze Behandlungsteam mit ins Boot geholt, also auch die Bezugspflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Musiktherapie und Sozialarbeit. Es war eine Freude zu sehen, mit wie viel Engagement das Team sich auf dieses Konzept eingelassen hat.

Steffen Fliegel: Und welchen Effekt hatte das für die Patientinnen und Patienten?

Eva-Lotta Brakemeier: Vielen hat diese intensive stationäre CBASP Behandlung sehr geholfen. Diese Menschen haben ja häufig bereits seit der Kindheit eine Art Schutzmauer zwischen sich und der Umwelt aufgebaut, was nachvollziehbar wird, wenn ich mir anhöre, wie sie aufgewachsen sind, meist von Vernachlässigungs- und / oder Missbrauchserfahrungen geprägt. Durch die sehr interpersonell ausgerichtete CBASP Therapie konnten wir oft erreichen, dass, wenn ich es mal metaphorisch ausdrücke, diese Mauern zu bröckeln begannen oder sogar einbrachen, die Patientinnen und Patienten wieder zu vertrauen lernten und sich öffneten, sich also wirklich interpersonell veränderten. Das fand ich sehr eindrucksvoll, und es zeigte sich auch in unseren Daten.

Steffen Fliegel: Kannst du das bitte noch etwas ausführlicher beschreiben?

Eva-Lotta Brakemeier: Ich versuche immer alle Konzepte, die ich neu einführe, direkt durch Pilotstudien zu erforschen. In Freiburg haben wir zunächst eine nicht-randomisierte und nicht-kontrollierte Studie mitlaufen lassen. Diese zeigte eindrucksvoll hohe Response- und Remissionsraten und diese eben beschriebene interpersonelle Veränderung. Diese Ergebnisse und meine praktischen Erfahrungen motivierten mich, eine große multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie bei der DFG, also der Deutschen Forschungsgemeinschaft, zu beantragen. Leider wurde unser Antrag die ersten beiden Male trotz Erreichen der Endrunde am Ende doch abgelehnt, was bedeutet: jedes Mal sehr viel Arbeit zunächst vergeblich investiert. Gelernt habe ich als Wissenschaftlerin jedoch, niemals aufzugeben. So wurde der Antrag auch jedes Mal besser und beim dritten Versuch haben wir auch die Förderung erhalten. Ich bin sehr dankbar, dass wir diese große Studie nun durchführen können, die mittlerweile seit über einem Jahr läuft.

Steffen Fliegel: Und diese Studie führst du nun mit den DFG-Drittmitteln hier in Greifswald durch?

Eva-Lotta Brakemeier: Nicht ganz, als Principal Investigator koordiniere ich die Studie mit einem kleinen Team hier in Greifswald, wobei die rekrutierenden Zentren die Unikliniken in München, Marburg, Hannover, Berlin, Lübeck und Tübingen sind. Wir vergleichen die Wirksamkeit von dem stationären CBASP Konzept mit einer bereits sehr gut überprüften Variante der Verhaltenstherapie, mit Behavioral Activation, also Verhaltensaktivierung. Beide Therapiearme werden zunächst 10 Wochen stationär oder teilstationär durchgeführt, woran sich eine 6-wöchige Erhaltungsphase

anschließt, bei der die Patientinnen und Patienten noch an einer ambulanten Gruppentherapie teilnehmen.

Steffen Fliegel: Das ist ja eine hochspannende Studie mit einem wirklich interessanten Vergleich, denn Verhaltensaktivierung ist ja nachweislich bei Depressionen wirksam.

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, das finde ich auch. Erschwert wurde der Beginn der Studie zunächst durch die Corona Pandemie. Nachdem wir dann 2022 einschleichend starten konnten, mussten wir Ende des letzten Jahres den viel zu frühen Tod von Uli Schweiger aus Lübeck betrauern, der den BA-Arm verantwortlich geleitet hat. Er hat jedoch sehr verantwortungsvoll junge Kolleginnen zuvor so trainiert und geschult, dass diese jetzt seine Arbeit fortsetzen können.

Steffen Fliegel: Ich habe ja bei meinen depressiven Patientinnen und Patienten manchmal die Erfahrung gemacht, dass es für manche gar nicht so leicht ist, ihre depressive Problematik loszulassen. Klaus Grawe hat ja gefordert, die Arbeit mit den menschlichen Grundbedürfnissen stärker in den psychotherapeutischen Prozess einzubeziehen. Durch seine Forschung konnte er herausarbeiten, dass Aspekte der psychischen Störung eben oft auch problematisch für die Befriedigung der Grundbedürfnisse genutzt werden, gerade wenn dort Defizite in deren Befriedigung bestehen. Ist das etwas, was ihr mitberücksichtigt oder einbezogen habt?

Eva-Lotta Brakemeier: Das ist ein sehr spannender Punkt. Also, aus meiner Sicht ereignet sich die Depression in erster Linie in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext, der mitbedingend oder aufrechterhaltend wirken kann. Und natürlich spielen hier die Grundbedürfnisse eine entscheidende Rolle, insb. nach Bindung, jedoch auch nach Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung oder Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz. Durch das Erarbeiten der Prägungen, die wichtige Bezugspersonen hinterlassen haben, wird ja auch deutlich, welche Grundbedürfnisse nicht befriedigt wurden. Die Patientinnen und Patienten lernen zu verstehen, wie sich bestimmte Beziehungserfahrungen bis heute auf ihr Erleben und Verhalten auswirken. Beispielsweise lautet eine Prägung eines Patienten von mir von seiner Mutter: „Ich darf keine negativen Emotionen zeigen, denn dann werde ich abgelehnt“. Gemeinsam erarbeiten wir anschließend, welche Befürchtungen der Patient hat, wie auch ich als Therapeutin in bestimmten Situationen reagiere, arbeiten also transparent mit Übertragungshypothesen. In dem Fall lautet diese: „Wenn ich in der Therapie negative Emotionen zeige, dann lehnt mich Frau Brakemeier ab.“ Als Therapeutin kann ich so schwierige Verhaltensweisen wie Schweigen oder Rückzug einerseits validieren und andererseits ihm jedoch auch aufzeigen, was das Verhalten heute bewirkt, zum Beispiel in mir auslöst. In dem Fall kann ich aufzeigen, dass sein verschlossenes Verhalten Distanz schafft und mich ungeduldig macht, weil ich ihm so nicht helfen kann, sein Weinen vor mir jedoch Nähe entstehen lässt und mich berührt, also das Gegenteil von Ablehnung auslöst. Anschließend schauen wir, wie ich in den schwierigen Situationen reagiert habe im Vergleich zu seiner Mutter und anderen Bezugspersonen. Dabei verfolgen wir das Ziel, heilsame korrigierende Beziehungserfahrungen auszulösen, was zu sehr intensiven Therapieverläufen führen kann.

Steffen Fliegel: Das bedeutet ja auch, dass die Therapeutinnen und Therapeuten sich auf eine derart intensive Beziehungsgestaltung einlassen sollten. Die Patient*innen gehören natürlich mit ins Boot. Ich kann mir aber sehr gut vorstellen, dass gerade eine umsichtige Selbstöffnung der Therapeut*innen hilft, die Bereitschaft bei den Patient*innen aufzubauen, sich auf diese Beziehung einzulassen, sich angenommen zu fühlen mit ihrer Problematik und Vertrauen zu entwickeln, diesen Weg mitzugehen. Hast du noch einen oder mehrere andere Bereiche, die dich derzeit interessieren?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, das habe ich – auch wenn CBASP und auch die IPT immer noch Herzensthemen von mir sind. Aber ich weiß natürlich, dass kein psychotherapeutischer Ansatz allen Patient*innen hilft. Daher interessiere ich mich für das Konzept der personalisierten oder auch individualisierten Psychotherapie.

Steffen Fliegel: Jetzt bin ich gespannt. Kannst du kurz erläutern, was du mit personalisierter Psychotherapie meinst?

Eva-Lotta Brakemeier: Eine Psychotherapie zu personalisieren bedeutet, die Therapie genau auf die Person mit ihren individuellen Bedürfnissen und aktuellen Problemen auszurichten, die vor mir sitzt. Gute Psychotherapeut*innen werden bemüht sein, dieses „Zuschneiden“ in der Praxis auch umzusetzen. Allerdings können sie das ja einerseits nur basierend auf ihren Erfahrungen und ihrer erworbenen Expertise, sind also etwas gefangen in ihrer subjektiven Sicht. Zudem wissen wir auch durch die Therapieforschung, dass wir Psychotherapeut*innen, wie viele Menschen, einem Positiv-Bias unterliegen: Wir überschätzen uns und unsere Erfolge bei den Patient*innen und bekommen vor allem die negativen Verläufe nicht mit....

Steffen Fliegel: oder wollen sie nicht mitbekommen. Vielleicht ist das ein Problem der ganz jungen Therapeut*innen oder derjenigen Fachleute, die schon zu lange im Geschäft sind und sich vor allem nicht gut fortgebildet haben. Oder wie siehst du das? Wie laufen das Überschätzen und Nicht-Mitbekommen ab?

Eva-Lotta Brakemeier: Dieser Positiv-Bias scheint grundsätzlich in allen Alters- und Erfahrungsgruppen aufzutreten, allerdings gibt es Hinweise darauf, dass er bei älteren und länger qualifizierten Therapeut*innen etwas stärker ausgeprägt ist. Das deckt sich mit den Beobachtungen, dass allein durch zunehmende Erfahrung keine besseren Therapieergebnisse erzielt werden und bei einigen Therapeut*innen die Wirksamkeit ihrer Behandlungen im Laufe der Tätigkeit sogar abnimmt. Insbesondere die am wenigsten kompetenten Therapeut*innen mit den geringsten objektiv bewerteten Fähigkeiten neigen dazu, ihre eigenen Fähigkeiten zu überschätzen. Hier wäre ein gewisses Maß an Bescheidenheit anzuraten. Professionelle Selbstzweifel, also Unsicherheiten in Bezug auf die eigenen therapeutischen Fähigkeiten, scheinen nämlich in einem positiven Zusammenhang mit dem Therapieerfolg zu stehen. Seine eigenen Fähigkeiten und Ergebnisse in Frage zu stellen und sich zudem ein Leben lang weiterzubilden wäre somit das Mittel zum Erfolg.

Steffen Fliegel: Bedeutet personalisierte Therapie auch eine Abkehr von der manualisierten Therapie?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, Manuale, die uns genau vorgeben, welche Strategien wir in jeder Stunde bis Therapieende anwenden sollen, sind nicht mit der Idee der Personalisierung vereinbar, zumindest nicht, wenn wir sie umfassender denken. Hier gibt es ein spannendes neues Modell von Cohen und Kollegen, den 3 dimensionalen Würfel der Personalisierung. Hier wird unter anderem der Zeitpunkt variiert: Diese Personalisierung kann vor Therapiebeginn vorgenommen werden, also die Indikation leiten. Wichtig ist es jedoch auch, die Therapie im Verlauf zu personalisieren.

Steffen Fliegel: Machen das Psychotherapeut*innen nicht eh immer, wenn sie nicht streng nach Manual behandeln?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, da stimme ich Dir zu. Aber hier ist hilfreich, dass wir uns nicht nur auf unsere klinische Expertise und Intuition verlassen, sondern auch datengestützte Hilfen mitnutzen.

Hier in Greifswald haben wir in unseren Ambulanzen das sogenannte Greifswalder-Psychotherapie-Navigator-System eingeführt, kurz GPNS genannt. Dieses Monitoring- und Feedbacksystem ähnelt dem Trierer Therapie Navigator, den Wolfgang Lutz bereits vor Jahren in seiner Ambulanz entwickelt und eingeführt hat. Da bekommen unsere Therapeut*innen zusätzlich rückgemeldet, wie es den Patient*innen laut Fragebögen geht, Sitzung für Sitzung.

Steffen Fliegel: Wie geben die Patient*innen das ein?

Eva-Lotta Brakemeier: Wenn du gleich aus meinem Büro in das Wartezimmer gehst, wirst Du sehen, dass die Patient*innen alle Tablets haben...

Steffen Fliegel: ... mit Tablets?

Eva-Lotta Brakemeier: ... ja, und darauf rumwischen. Das GPNS-System am ZPP besteht aus zwei wöchentlichen Fragebögen - einem Vorstundenbogen und einem Nachstundenbogen. Der Vorstundenbogen enthält Fragen zur aktuellen Symptombelastung, wofür wir ein transdiagnostisches Instrument ausgewählt haben. Zudem auch ein sehr spannendes Instrument zur Auseinandersetzung mit den Therapieinhalten zwischen den Sitzungen, den sogenannten Intersession-Prozessen. Der Nachstundenbogen erhebt vor allem Informationen zur gerade erlebten Therapiesitzung und dient somit als direkte Rückmeldung zu dieser.

Steffen Fliegel: Die personenzentrierte Psychotherapie kommt ja dem verhaltenstherapeutischen Prozess sehr nahe, insbesondere durch das Modell der Problemanalyse. Ich bin ja ein Fan davon, die Problemanalyse zum Zentrum der Psychotherapie zu machen. Das heißt, ich arbeite mit meiner Informationsgewinnung und der Problembeschreibung auf die Erstellung der Problemanalyse hin und versuche, Patienten und Patientinnen so gut es geht in die Problemanalyse einzubeziehen, das heißt, dass sie sich selbst auf die Schliche kommen, warum im Moment ihr Problem existiert bzw. welche Bedingungen dafür existieren. Daraus abgeleitet werden dann die Behandlungsziele, die Zielanalyse, für deren Erreichung die Interventionen ausgewählt und eingesetzt werden. Deren Effekt wird evaluiert, und gegebenenfalls müssen Problemanalyse und Interventionen verändert werden, wenn die gewünschten Ziele nicht genügend erreicht werden. Ist das so etwas, was du mit personalisiert meinst, oder hast du da ein anderes Konzept?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, das geht in die Richtung. Auch bei uns im ZPP wenden wir bisher die moderne KVT an und nutzen unter anderem Problemanalysen für die Diagnostik und Therapieplanung. Das ist die klinische Personalisierung. Zusätzlich erfolgt die Personalisierung jedoch eben auch noch datengetrieben, denn wie eben ja besprochen, sollten wir uns wegen des Positiv-Bias nicht nur auf unsere klinische Expertise und Intuition verlassen. Um den Therapieerfolg einzelner Patient*innen einschätzen zu können, werden durch das GPNS sogenannte ETR-Kurven generiert, also Expected-Treatment-Response Kurven. Diese basieren auf einem statistischen Vorhersagemodell, das den Symptomverlauf aus der Anzahl absolvierter Sitzungen vorhersagt. Die individuelle Vorhersage für eine Patientin oder einen Patienten wird generiert, indem die 30 Patient*innen mit den ähnlichsten Charakteristika und Verläufen aus der Datenbank ausgewählt und ihr durchschnittlicher Symptomverlauf berechnet wird. Kommt eine neue Messung hinzu, fließt diese in die Auswahl direkt mit ein. Die ETR-Kurve wird daher mit jeder neuen Messung angepasst.

Steffen Fliegel: Das ist ja interessant – das Verfahren heißt doch auch Nearest-Neighbors-Prinzip, oder?

Eva-Lotta Brakemeier: ... Ja genau, es ist bekannt aus der Vorhersage von zum Beispiel Lawinenausbrüchen. Die Therapeut*innen schauen sich dann gemeinsam mit ihren jeweiligen Patient*innen die Kurven an: sie sehen diesen erwarteten Verlauf, durch eine gestrichelte Linie darüber auch die Grenze für negative Therapieverläufe. Sollte der gemessene Symptomverlauf diese Grenze überschreiten, wird das vom System an die Therapeut*innen rückgemeldet. Sie oder er erhält dann die Nachricht, dass die Patientin oder der Patient „not on track“ ist. Das ist ja genau die Nachricht, die wir aufgrund des Positiv-Bias gerne übersehen.

Steffen Fliegel: Und was passiert dann? Die Verhaltenstherapie ist ja eine sehr interventionsbasierte Therapieform. Worauf basierend entscheide ich denn jetzt, welche spezifischen Interventionen angewendet werden?



Eva-Lotta Brakemeier: Das ist eine super wichtige Frage, denn hier kommt natürlich wieder die klinisch-therapeutische Expertise ins Spiel. Die Therapeut*innen können sich anschauen, bei welchen Items sich diese Verschlechterung zeigt, mit den Patient*innen generell über die Verschlechterung sprechen oder auch gezielt spezifische Bereiche ansprechen, sich klinisch basierend beispielsweise auf der Problemanalyse überlegen, ob und wie diese angepasst werden muss und wie sie nun die Therapie anpassen. Dies sollte gerade in Ausbildungstherapien natürlich auch mit ihren Supervisor*innen reflektiert werden. Gemeinsam wird entschieden, ob und wie die Therapie angepasst wird, möglicherweise eine KVT ergänzt wird durch Strategien aus CBASP, ACT, DBT oder der Schematherapie. Wir haben gerade einen interessanten Case-Report publiziert: hier war die Patientin plötzlich Not-on-Track. GPNS hat darüber hinaus gezeigt, dass die Patientin sich nicht in der Beziehung wohl gefühlt hat. Ihr ging alles zu schnell, sie hatte sich aber nicht getraut, dies ihrer Therapeutin zu sagen. Bei der Reflektion wurde der Grund deutlich: Sie habe früh gelernt, stets alles richtig zu machen. Daraufhin hat die Therapeutin ihre Strategien und die therapeutische Beziehungsgestaltung anpassen können.

Steffen Fliegel: Bei der Anwendung eines Expositionsverfahrens, eines Verstärkungsprogramms, einer kognitiven Intervention oder eines schematherapeutisch orientierten Verfahrens brauche ich konkrete Anhaltspunkte für deren Einsatz, nicht nur die Intuition. Wenn ich in der Problemanalyse bestimmte Bedingungen finde, zum Beispiel Vermeidungsverhalten, problemfördernde Kognitionen oder belastende Emotionen, dann macht es Sinn, je nach aufrechterhaltender Bedingung, ein emotionsfokussiertes Verfahren, ein Verstärkungsverfahren oder andere Verfahren anzuwenden, um dann zu überprüfen, ob sich meine Bedingungen, die wir in der Problemanalyse gefunden haben, auch verändert haben. Es ist im Prinzip eine empirische Einzelfallstudie, wenn auch ohne Zahlen. Würdest du das teilen?

Eva-Lotta Brakemeier: Absolut. Was Du beschreibst ist ja eine lege artis durchgeführte hervorragende moderne Verhaltenstherapie. Nur sprechen in Studien und in der Praxis ja auch nicht hundert Prozent der Patient*innen darauf an. Diese zusätzliche datengestützte Personalisierung ist ja gerade für die Menschen wichtig, die negative Verläufe zeigen, die sich entgegen unserer Erwartungen entwickeln.

Steffen Fliegel: Genau, aber da wäre meines Erachtens noch wichtig, dass ich nicht nur in meinem klassisch-verhaltenstherapeutischen Denken verhaftet bleibe, sondern auf die aufrechterhaltenden Bedingungen breiter schaue. Emotionen, Körperbewertung, ein tiefsitzender Konflikt, familiäre oder andere Beziehungsbelastungen, krankmachende Bedingungen in der Lebenswelt benötigen auch bei den Interventionen den Blick über meinen Tellerrand, hin zum Emotionsfokussierten, Systemischen, Körpertherapeutischen, Gemeindepsychologischen.

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, das sehe ich auch so, und darum ist ja auch eine Vision von mir, die Psychotherapie-Ausbildung vielfältiger zu gestalten. Die Verhaftung im Denken und Handeln in nur einer Therapieschule sollte überwunden werden. Ein Beispiel: Wenn eine Psychotherapeutin mit diesem weiteren Blick bemerkt, eine modern verhaltenstherapeutisch begonnene Therapie verläuft trotz der anfänglichen Problemanalyse nicht so wie gedacht, mag sie erkennen, dass sie das System Familie nicht ausreichend berücksichtigt hat, da in der Paarbeziehung und Beziehung zu den Eltern die aufrechterhaltenden Bedingungen liegen. Dann wäre es natürlich optimal, wenn sie auch in der Theorie und Praxis der systemischen Therapie ausgebildet ist und entsprechend ihre Therapie anpassen kann. Diesbezüglich sehe ich eine große Chance im neuen Psychotherapeutengesetz.

Steffen Fliegel: Für mich heißt das, sich nochmal der Problemanalyse zuzuwenden, ob jetzt sich weitere Problembedingungen zur Bearbeitung anbieten. Ein spannendes Thema. Zum neuen Psychotherapeutengesetz kommen wir gleich. Ich würde zuvor gerne nochmal auf die Patientinnen und Patienten zu sprechen kommen, die eben nicht auf diese Psychotherapie ansprechen. Studien aus Leipzig, zum Beispiel von Albani, Brähler und anderen aus 2011 sagen aus, dass Psychotherapie zu 50-60 Prozent bei der Bewältigung psychischer Probleme hilft, und zwar wenn man über alle Ansätze hinweg schaut. Dann fehlen aber immer noch etwa vierzig Prozent. Kann es nicht sein, dass wir diese betroffenen und belasteten Menschen gar nicht mit unserem Versorgungssystem und seiner vor allem Komm-Struktur erreichen? Dass es viele Menschen gibt, die psychische Probleme haben, die aber gar nicht in unsere doch meist ambulanten Einrichtungen kommen, damit wir sie behandeln können. So dass wir eben nicht nur die Psychotherapiekonzepte verbessern müssen, sondern im Versorgungsbereich auch andere Strukturen finden müssen, damit wir möglichst viele Menschen erreichen können, die uns nicht erreichen.

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, das sind auch aus meiner Sicht zwei hochrelevante Probleme. Das eine ist ja, was du ansprichst, die vergleichsweise hohe Nonresponse-Rate, wobei hier meine Hoffnung ist, diese durch die beschriebene Personalisierung zu verringern. Zusätzlich gibt es dann leider auch noch die Menschen mit psychischen Störungen, die wir gar nicht erst zur Psychotherapie bekommen. Und das sind aus meiner Sicht zwei unterschiedliche Stellschrauben, bei denen wir ansetzen müssen. Beim zweiten Problem können internet- und mobilbasierte Interventionen hilfreich sein. Ich denke an die Menschen, die eigentlich nach den Leitlinien Psychotherapie benötigen, sie aus verschiedenen Gründen nicht bekommen oder annehmen möchten. Sei es, weil sie irgendwo auf einem Dorf wohnen, wo es überhaupt keine Therapeut*innen gibt, oder weil sie einfach ewig warten müssen...

Steffen Fliegel: ...oder eine Hemmschwelle hält sie von der Inanspruchnahme ab, u.a. wegen der Stigmatisierung.

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, genau, die Stigmatisierung ist leider weiter ein Problem. Um der entgegenzuwirken, habe ich eine Initiative 'Gemeinsam für psychische Gesundheit' gegründet, aber dazu später mehr. Zunächst zu den Internet- und mobilbasierten Interventionen. Ich hatte schon in Marburg mit meinem Team begonnen, Internet- und mobilbasierte Interventionen zur Begleitung oder Nachsorge für die CBASP Therapien zu entwickeln. Wir haben hier in Greifswald ein großes Innovationsfond-Projekt beim GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen) eingeworben, durch welches wir versuchen, die Zeit nach der stationären Entlassung für depressive Jugendliche und junge Erwachsene durch eine Chat Bot-assistierte App zu optimieren. Wir hoffen, dass wir die hohe Rückfallrate nach erfolgreichem stationärem Aufenthalt von jungen Patient*innen mit einer Depression dadurch reduzieren können.

Steffen Fliegel: Da habt ihr wirklich ein tolles Projekt aufgebaut. Ich würde jetzt gerne noch einmal zur personalisierten Psychotherapie zurückkommen. Glaubst du, dass wir in der Verhaltenstherapie mit den herkömmlichen Diagnosen weiterkommen? Das heißt, dass wir die ICD- und DSM-Diagnosen tatsächlich für den psychotherapeutischen Prozess gut nutzen können? Wir brauchen sie natürlich, um mit den Krankenkassen abzurechnen und um uns fachlich zu verständigen, da macht es Sinn. Aber wenn ich den verhaltenstherapeutischen Prozess sehe, insbesondere mit dem Zentrum bei der Problemanalyse und den aufrechterhaltenden Bedingungen, behandeln wir denn tatsächlich die Depression, die Höhenphobie, die frühzeitige Ejakulation? Oder behandeln wir nicht die sie aufrechterhaltenden Bedingungen, das Vermeidungsverhalten, die Problemerkognitionen, die belastenden Gefühle, die Konflikte usw.

Eva-Lotta Brakemeier: Da stimme ich Dir ebenfalls zu. Ich glaube sogar, dass es in zehn oder vielleicht eher zwanzig Jahren diese klassischen Diagnosen gar nicht mehr gibt. Die Forschung zeigt ja auch sehr deutlich, dass Komorbidität nicht die Ausnahme ist, sondern die Regel. Die Störungen selbst sind sehr heterogen, das zeigen ja beispielsweise aktuelle Netzwerkanalysen. Es erscheint daher viel sinnvoller, anstatt beispielsweise die Depression an sich zu behandeln, die darunter liegenden Mechanismen gezielt anzugehen. Auch hier ist Personalisierung wieder sinnvoll – das Maßschneidern der Therapie bezogen auf Probleme, Symptome oder eben Mechanismen.

Steffen Fliegel: Deswegen finde ich es sinnvoll, dass unsere jungen Kolleginnen und Kollegen eben den psychotherapeutischen Prozess ausgiebig lernen. Dass sie lernen, wenn man das Problem ausführlich diagnostiziert und beschrieben hat, im Sinne von Verhalten, Gedanken, Gefühle, Körper, System und so weiter, dann kann man eigentlich von dem Problem sprechen. Dann wissen

beide, ich als Therapeut und meine Patientin oder mein Patient durch die Problembeschreibung, was das Problem jetzt genau ist. Für mich ist es hilfreich, wenn wir, Patient und ich, in der Problemanalyse Problembedingungen herausgearbeitet haben, dass wir dann unsere eigentlichen Diagnosen haben, mit denen wir therapeutisch arbeiten. Und für Patient*innen kann es hilfreich sein, diesen oft negativ besetzten ICD-Schlüssel loszuwerden, zum Beispiel Borderline. Dies kann auch für die Beziehungsgestaltung und die Akzeptanz des psychotherapeutischen Prozesses hilfreich sein.

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, das kann ich unterstreichen.

Steffen Fliegel: Was hat das, was du zur personalisierten Psychotherapie erzählt hast, für Konsequenzen für eure Ausbildungskonzepte.

Eva-Lotta Brakemeier: Das kann in der Tat erhebliche Konsequenzen haben. Aus meiner Sicht bietet das neue Psychotherapeuten-Gesetz hier auch sehr gute neue Möglichkeiten. Im Moment bin ich hier in Greifswald beispielsweise damit beschäftigt, den neuen Psychotherapie-Masterstudiengang genau zu planen. Dieser soll zum Wintersemester 2023/2024 starten. Der neue polyvalente Bachelor-Studiengang läuft bereits seit dem Wintersemester 2020/2021. Gemäß der neuen Approbationsordnung können, dürfen, oder müssen, je nachdem, wie man das interpretiert, wir die wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden im Studium lehren und prüfen. Und daher ist es nun also nicht mehr dem Zufall beziehungsweise dem Schwerpunkt des Lehrstuhls überlassen, welches Richtlinienverfahren die Studierenden in erster Linie kennenlernen. Wie eben erzählt, dachte ich als Studierende ja lange, es gebe schwerpunktmäßig nur die humanistische Psychotherapie in Deutschland. Heutzutage sind ja vor allem Verhaltenstherapeut*innen die Lehrstuhlinhaber*innen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie an staatlichen Unis. Für uns gilt es nun, alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden im Bachelor vorzustellen ...

Steffen Fliegel: also Verhaltenstherapie, Psychodynamik mit der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapie, Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie bzw. die humanistischen Verfahren.

Eva-Lotta Brakemeier: Genau, die Basiskenntnisse über diese vier therapeutischen Grundausrichtungen werden im Bachelorstudiengang vermittelt. Im Master werden dann die wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden praxisnah gelehrt. Wir haben hier in Greifswald aus meiner Sicht eine sehr gute Studien- und Prüfungsordnung entwickelt, die ermöglicht, dass die Theorie der sozialrechtlich anerkannten Verfahren plus der Neuropsychotherapie zunächst in eigenen Vorlesungen vermittelt und dann die Basiskompetenzen in der patient*innenorientierten Lehre eingeübt werden. Wir beantragen aktuell hier im ZPP (Zentrum für Psychologische Psychotherapie) bei der Kassenärztlichen Vereinigung, dass wir auch für die psychodynamischen Therapien und die Systemische Therapie die Abrechnungsziffern erhalten, so dass wir dann alle sozialrechtlich anerkannten Verfahren sozusagen unter einem Dach lehren, praktizieren und sogar beforschen können. Mich treibt ja die Frage um, „What works for whom?“, also, welches Verfahren, welche Methode, welche Technik benötigt welche Patientin oder welcher Patient. Das haben wir ja eben bei der personalisierten Psychotherapie besprochen. Therapeut*innen, die von Anfang an breiter ausgebildet werden und die Basiskenntnisse und Handlungskompetenzen in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden erworben haben, werden therapeutisch breiter denken und über ein größeres Spektrum an therapeutischen

Techniken verfügen. Sie haben eine sehr gute Grundausbildung erhalten und können sich dann in der anschließenden Weiterbildung spezialisieren und vertiefen. Dadurch könnte das Konzept der personalisierten Psychotherapie jenseits der Störungen als Ansatzpunkt, wie wir es gerade besprochen haben, besser umgesetzt werden. Die Therapeut*innen könnten gezielt an den Mechanismen, wie wir es hier nennen, den Prozessen und Wirkfaktoren ansetzen ...

Steffen Fliegel: die Wirkfaktoren, die Grawe auch damals benannt hat, z.B. nach Bindung, Selbstwerterhöhung, Autonomie usw.?

Eva-Lotta Brakemeier: Genau. Darauf basierend können sie dann wirklich in ihrem großen Repertoire schauen, mit welcher Theorie und Strategie sie in den therapeutischen Prozess gehen. Der Therapie-Prozess sollte dann stets reflektiert und angepasst werden, am besten basierend auf der klinischen Expertise und auf Daten.

Steffen Fliegel: Kurz nochmal zurück zum geplanten Ambulanzaufbau. Brauchst du dann nicht auch Ambulanzleitungen aus der Psychodynamik und der systemischen Therapie?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, genau. Ich schreibe auch gerade entsprechende Stellen aus und bin sehr gespannt, wer sich bewirbt. Auch haben wir in den Ausschreibungstext der neuen Professur für klinische Kinder- und Jugendpsychologie und Psychotherapie geschrieben, dass eine Kollegin oder ein Kollege mit anderer Fachkunde als Verhaltenstherapie bevorzugt wird.

Steffen Fliegel: Im neuen Psychotherapeutengesetz wird für das alte Ausbildungsmodell noch eine Übergangsfrist bis 2032 geschaffen, wie lange werdet ihr noch Ausbildung nach dem alten Gesetz anbieten?

Eva-Lotta Brakemeier: Wir planen, genau bis 2032 die bisherige Ausbildung am ZPP noch laufen zu lassen

Steffen Fliegel: Und nochmal zum neuen Bachelor-Master-Modell und vielleicht auch zur dann folgenden Weiterbildung hier in Greifswald. Wie ist der aktuelle Stand bei euch.

Eva-Lotta Brakemeier: Die Studierenden, die 2020 mit dem neuen polyvalenten Bachelor angefangen haben, kommen jetzt in das 6. und letzte Bachelor-Semester. Ich bin froh, dass wir uns 2020 entschieden haben, den Master nicht frühzeitig einzuführen, sondern diesen konsekutiv erst dieses Jahr zu starten. Damals hatten wir Stellen bewilligt bekommen für das gesamte Institut. Vor einem Monat habe ich die Zusage für weitere Stellen vom Land bekommen, die speziell bei der Patient*innen orientierten Lehre eingesetzt werden, also für die berufsqualifizierende Tätigkeit III sowie die neue Kinder- und Jugendambulanz, die wir derzeit ganz neu aufbauen. Die Studienprüfungsordnung des Psychotherapie Masters geht gerade durch die Gremien, im Sommer müssen wir die neuartigen Lehrformate mit den neuen Mitarbeitenden dann gut durchplanen.

Steffen Fliegel: Das heißt ja, der Master muss so organisiert sein, dass er Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenbehandlung und alle Therapieverfahren einbezieht. Ein anderes Modell als es früher in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie war.

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, deutlich anders und wirklich kein Vergleich. Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die ja jetzt all meine Kolleginnen und Kollegen an den psychologischen Institute betrifft. Ich als Psychotherapieforscherin sehe diese Umgestaltung als sehr positive Herausforderung und

große Chance an und gehe mit viel Freude und Engagement all die zusätzlichen Aufgaben an. Wer hingegen eher den Fokus auf der Klinischen Psychologie und Grundlagen-Forschung gelegt hat, empfindet die Umstrukturierung möglicherweise anstrengender, wofür ich vollstes Verständnis habe. Wir sind auch von der DGPs engagiert, alle Institute bei dieser Reform zu unterstützen. Ich möchte nochmal betonen, dass aus meiner Sicht diese Novellierung eine große Chance darstellt. Wir werden am Ende des Studiums approbierte Psychotherapeut*innen haben, die in der gesamten Breite des psychotherapeutischen Fachgebiets ausgebildet sind.

Steffen Fliegel: Bedauerst du nicht, dass für die angehenden Psychotherapeut*innen die Grundqualifikation Psychologie in dem herkömmlichen Sinne mit ihren verschiedenen psychologischen Fächern sehr in den Hintergrund getreten ist?



Eva-Lotta Brakemeier: Aus meiner Sicht ist das gar nicht unbedingt der Fall, denn wir haben ja zunächst einen polyvalenten Bachelor, in dem den Studierenden Grundlagen der Psychologie in unterschiedlichsten Wissensbereichen vermittelt werden, mindestens 25 ECTS-Punkte übrigens. Danach können sie ja auch andere psychologische Master Studiengänge belegen. Die Studierenden müssen sich ja nicht - wie es in den ersten Gesetzesentwürfen es vorgeschlagen wurde - schon nach dem Abi entscheiden, ob sie Psychotherapeut*in werden möchten. Durch den polyvalenten Bachelor kann man sich später für Psychotherapie oder ein anderes psychologisches Fach entscheiden. Und das, finde ich, ist eine sehr gute Lösung. Zudem gibt es im Psychotherapie Master eine wissenschaftliche Vertiefung der psychologischen Grundlagen, für die mindestens 6 ETCS Punkte vorzusehen sind, bei uns umfasst das Modul aber beispielsweise 10 ETCS.

Steffen Fliegel: Siehst du die Klinische Psychologie im Vergleich zur Psychotherapie weiter stark oder abgewertet?

Eva-Lotta Brakemeier: An den meisten Unis wird der neue Master ja bewusst „Master in Psychologie mit dem Schwerpunkt klinische Psychologie und Psychotherapie“ genannt. Das wird von der DGPs auch so empfohlen, damit bereits im Namen deutlich wird, dass der Master zur Psychologie gehört und die Klinische Psychologie eine bedeutsame Rolle spielt. Am Ende wird den Studierenden nach erfolgreichem Abschluss der akademische Grad Master of Science verliehen. Die Approbationsprüfung folgt anschließend, wobei der erfolgreiche Masterabschluss Voraussetzung für die Approbationsprüfung ist.

Steffen Fliegel: Die heilkundliche Prüfung ist ja insbesondere mit den Praxisteilen sehr aufwändig, habt ihr euch für die Durchführung bereits Gedanken gemacht?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, natürlich. Wir wollen die Studierenden ja bestmöglich auf die Approbationsprüfung vorbereiten. Daher habe ich zum Beispiel bereits 2021 die sogenannten Parcoursprüfungen auch in den alten Master eingeführt, damit wir dieses neue Format erproben und auch wissenschaftlich untersuchen können.

Steffen Fliegel: Gibt es bei euch denn auch Quereinstiege in den Master vom herkömmlichen Bachelor.

Eva-Lotta Brakemeier: Nein, die wird es bei uns nicht geben. Als eines der kleinsten Institute in ganz Deutschland haben wir keine Kapazitäten, Nachqualifikationen anzubieten, weshalb wir den Master jetzt ja auch erst konsekutiv einführen.

Steffen Fliegel: Wie sehen denn die Studierenden das alte und neue Modell?

Eva-Lotta Brakemeier: Viele Studierenden sind etwas verunsichert, sei es die letzte Kohorte im alten System, aber auch natürlich die ersten Kohorten im neuen System. Die Sorgen der Studierenden kann ich natürlich nachvollziehen. Solche Umbrüche gehen immer auch mit Ungewissheit einher. Zudem ist dies die Kohorte, die ja auch unter der Corona-Pandemie und der digitalen Uni gelitten hat. Ich versuche, mit den Studierenden über ihre Sorgen und Zukunftsängste zu sprechen und diese ernst zu nehmen. Ein Studierender sagte traurig, dass er nun ja leider nicht mehr wie geplant ein Jahr ins Ausland gehen könne. Ich entgegnete: Aber warum denn nicht? Die Ausbildung nach dem alten System wird doch noch bis 2032 angeboten. Die „Neuen“ haben selbst nach einer Prüfung, die sie mit 1,3 oder 1,7 abgeschlossen haben, Angst, keinen Masterstudienplatz zu bekommen. Aber auch die jungen Menschen im alten System sind verunsichert.

Steffen Fliegel: Aber es wird ja auch nicht so viele Master- wie Bachelorplätze geben. Es wird ein Auswahlverfahren geben müssen. Wie wird das bei euch dieses Jahr ausschauen, der Übergang vom Bachelor in den Master?

Eva-Lotta Brakemeier: Bei der ersten Kohorte wird das gar nicht so problematisch sein, da hier noch nicht alle Studierenden ihren Bachelor nach 6 Semestern in Regelstudienzeit abschließen, was auch an Corona liegt. Aktuell überlegen wir, ob es langfristig zusätzlich zur Bachelornote noch weitere Kriterien der Studieneignung geben wird – wie beispielsweise eine spezifische Klausur und oder der Nachweis von vorherigen praxisbasierten beruflichen Erfahrungen.

Steffen Fliegel: Ich erlebe derzeit, dass es insbesondere in Bezug auf die zukünftige Weiterbildung viele Unsicherheiten gibt, so dass manchmal schon überlegt wird, nach dem neuen Master noch

eine Ausbildung nach altem Gesetz zu machen. Das würde ja bedeuten, zwei Approbationen. In Berlin geht das zum Beispiel, aber nicht in allen Bundesländern. Der Grund: die Finanzierung und manche andere strukturelle Bedingungen der Weiterbildung sind noch zu unausgegoren. So dass die Sorge da ist, mittendrin hängenzubleiben. Das alte Modell hat sicherlich Nachteile, die dann aber in Kauf genommen werden, um Sicherheit zu haben. Aber es ist eben alles geregelt. Werdet ihr hier in Greifswald auch Weiterbildung nach der Approbation anbieten?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, die Weiterbildung haben wir auch im Blick ...

Steffen Fliegel: ... und wollt euch als Weiterbildungsstätte anerkennen lassen?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, der Plan ist, das ZPP in eine Weiterbildungsstätte umzuwandeln. Zum Glück haben wir dafür noch ein bisschen Zeit, weil wir auch das konsekutiv angehen wollen. Wir müssen jetzt erst den Master ins Laufen bringen, und dann werden wir uns sofort damit beschäftigen. Mir schwebt eine große Weiterbildungsstätte vor, in der wir alle Gebiete unter einem Dach vereinigen, ganz eng verzahnt mit den psychiatrischen Institutionen in Mecklenburg-Vorpommern. Insgesamt ist MV ja ein kleines Bundesland mit wenigen Psychotherapie Instituten. Ich möchte auch Kontakt zur DGVT in Rostock herstellen. Gut wäre, wenn wir unsere Expertise wirklich bündeln. Das wäre die große Chance. Wir können das bestenfalls auch weiter mit Forschung unterlegen, zum Beispiel durch unseren Therapienavigator. Das wäre total spannend, wenn der nicht nur in unserer Ambulanz, sondern in allen Ambulanzen in MV implementiert werden könnte.

Steffen Fliegel: Es ist, insbesondere durch die Aktivitäten der privaten Hochschulen, davon auszugehen, dass es bereits im nächsten Jahr schon dreitausend Approbierte geben könnte. Und in 2025 vielleicht fünftausend. Da steht ja noch das Finanzierungsproblem der Weiterbildung ungelöst im Raum....

Eva-Lotta Brakemeier: ..., ja, die Finanzierung ist in der Tat aktuell eine offene Baustelle. Der aktuell geplante gemeinsame Brief ans BMG (Bundesministerium für Gesundheit) als konzertierte Aktion aller Verbände und Kammern wird hoffentlich dem BMG verdeutlichen, dass weitere finanzielle Unterstützung nötig ist. Ich bin auch schon gespannt auf den GK-II, an dem ich in meiner Funktion der Vizepräsidentin der DGPs teilnehmen werde – gemeinsam mit der DGVT. Hier werden wir sicherlich auch weitere Möglichkeiten zur Sicherung der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung besprechen.

Steffen Fliegel: Also, wir sind da auch sehr initiativ, machen im Moment aber die Erfahrung, dass das BMG sagt, das sei Sache der Krankenkassen, die Krankenkassen sagen, das bisherige aus den Ambulanzeinnahmen muss auch für die Weiterbildung reichen. Irgendwie wird es aber eine Lösung geben müssen, sonst kann die Weiterbildung nicht wie geplant funktionieren. Für euch ist das Thema des wissenschaftlichen Nachwuchses ja noch besonders relevant.

Eva-Lotta Brakemeier: Genau, als Professorin an einer Universität liegt mir natürlich sehr daran, dass wir auch weiterhin motivierten wissenschaftlichen Nachwuchs ausbilden. Analog der Medizin könnte ein Clinical-Scientist-Modell etabliert werden, welches hilft die Weiterbildung mit der Promotion zu verbinden. Bei all diesen berufspolitischen Problemen ist es wichtig, das offene Gespräch und den Austausch mit den Politiker*innen zu suchen. Daher freue ich mich sehr, dass ich als Kongresspräsidentin unseren Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach als Schirmherrn

des Zweiten Deutschen Psychotherapiekongress gewinnen konnte. Er wird unseren Kongress am 10. Mai durch eine Keynote eröffnen.

Steffen Fliegel: Worüber?

Eva-Lotta Brakemeier: Über die Verantwortung der Psychotherapie(forschung) in Krisenzeiten. An vier Kongresstagen bringen wir mehr als 1.000 Vertreter*innen aus Wissenschaft, Praxis und Politik zusammen, um gemeinsam zukunftsfähige Lösungen zur Krisenbewältigung zu entwickeln. Daher stehen die drei Leitthemen Grundlagen verstehen, Interventionen personalisieren und Verantwortung übernehmen auch im Mittelpunkt des Kongresses. Mit Karl Lauterbach wollen wir direkt zur Eröffnung in eine wertschätzende Diskussion treten und Wünsche unserer Profession ihm mitgeben.

Steffen Fliegel: Das ist ja toll, dass ihr den Gesundheitsminister für den Kongress gewinnen konntet. Da könnt ihr ihm die Psychotherapie sicherlich noch ein wenig näherbringen. Lass uns bitte nun noch mal über die Zusammenarbeit der Hochschulen mit der DGVT sprechen. Wo würdest du da aktuell Berührungspunkte sehen. Es gibt diesbezüglich ja eine lange Tradition, auch mit Abgrenzungen, was sich ein wenig aufgelöst hat, jetzt mehr Zusammenarbeit existiert. Wo würdest du diese Zusammenarbeit im Moment sehen?



Eva-Lotta Brakemeier: In diesem Kontext sehe ich mich ja als Brückenbauerin. Mit dieser Haltung habe ich mich auch für das Amt der President Elect im DGPs-Vorstand beworben. Als Brückenbauerin möchte ich potentielle Gräben, die in den letzten Jahren entstanden sind, möglichst schnell zu schließen versuchen. Letztlich sind die Probleme der Zeit einfach viel zu gravierend, als dass man sich da in kleineren Konflikten auseinander dividiert. Ich würde es

begrüßen, wenn alle Psych-Fächer, und da sehe ich ganz klar auch die ärztlichen Kolleg*innen miteingeschlossen, berufs- und gesundheitspolitisch mehr mit einer Stimme sprechen. Hier sehe ich auch eine Notwendigkeit und große Chance der Psychologie und Psychotherapie, sich bei den Lösungen der aktuellen Krisen mit unserer Expertise einzubringen. In diesem Zusammenhang finde ich die DGVT auch wirklich vorbildlich, da sie immer sehr, sehr schnell reagiert auf all die Krisen und die gesellschaftspolitische Verantwortung großschreibt. Die Adjektive engagiert, stark und solidarisch werden in diesem Fachverband wirklich mit Inhalt gefüllt, was beispielsweise die sehr menschliche Solidaritätsbekundung mit den Opfern in der Türkei und in Syrien unterstreicht, verbunden mit einer konkreten Initiative, engagierte Psychotherapeut*innen direkt einzubinden. Auch das Einbringen der Expertise zur Bewältigung der Klimakrise in Zusammenarbeit mit den „Psychotherapists for Future“ ist wunderbar und so notwendig. Hier an der Uni nenne ich diese Art des Engagements Third Mission.

Steffen Fliegel: Third Mission? Was ist denn dann die First und Second Mission?

Eva-Lotta Brakemeier: Die First Mission bezieht sich auf die Forschung und die Second Mission auf die Lehre. Diesen beiden Missions müssen wir als Professor*innen natürlich nachgehen. Aus meiner Sicht ist es jedoch heutzutage wichtiger denn je, auch unsere Verantwortung bezüglich der Third Mission wahrzunehmen, also der Gesellschaft etwas zurückzugeben. Wir müssen unsere Expertise einbringen in die Gesellschaft, in die Versorgung und in die Krisen. Ich werde hier bezahlt vom Staat, habe einen wunderbaren Job, der zwar mit viel Arbeit einhergeht, die ich jedoch recht frei bestimmt ausfüllen kann. Und da haben wir wie gesagt, ich wiederhole mich, die Verantwortung, unsere Expertise einzubringen. Der Past-President der DGPs, Markus Bühner, hat bei seiner Abschlussrede gesagt, die Stimme der Psychologie muss sich einbringen, gar einmischen. Und das ist bei den Themen, bei denen wir Psycholog*innen als Expert*innen für das Verhalten und Erleben von Menschen und wir Psychotherapeut*innen als Expert*innen für die psychische Gesundheit auch was zu sagen haben, extrem wichtig. Gerade im Kontext der Bewältigung der aktuellen Krisen wäre mehr Austausch und Diskussion auf Augenhöhe wünschenswert. Gemeinsame Stellungnahmen in der Zukunft wirken aus meiner Sicht nachdrücklicher und nachhaltiger, als wenn jeder nur für sich argumentiert.

Steffen Fliegel: Ja, da sehe ich auch die Stärken der DGVT mit ihren mehr als 11.000 Mitgliedern, denn der Verband ist wirklich vorbildlich bei der dritten Mission, gerade auch wenn es um die Erarbeitung von Konzeptionen oder Stellungnahmen geht. Ein weiteres wichtiges Anliegen innerhalb der DGVT besteht darin, Wissenschaft und Praxis zu verbinden, und zwar in beide Richtungen. Die DGVT ist sehr wissenschaftsnah und sehr interessiert daran, dass für die Patientinnen und Patienten, quasi unsere Nummer eins in der Satzung, die Versorgung gewährleistet ist, dass möglichst viele auch von der Versorgung der psychosozialen Arbeit und Psychotherapie profitieren können. Und da sehe ich durchaus gute Ansatzpunkte für die von dir angesprochene Zusammenarbeit. Du zeigst dich sehr offen dafür, und deine Haltung zur DGVT, in der du ja auch Mitglied bist, hat mich sehr gefreut. Dich als Brückenbauerin zu sehen kommt für mich nach manchen Konflikten mit einigen Hochschulkolleg*innen und der DGVT in der Vergangenheit gut an. Denn die DGVT hat ja auch sehr viel Expertise, die genutzt werden kann. Das könnte ja auch bei den jeweiligen Tagungen schon relevant werden. Wie schaut denn deine Vernetzung in Greifswald aus?

Eva-Lotta Brakemeier: Ich habe -wie gesagt- im Oktober 2021 die Initiative ‚Gemeinsam für psychische Gesundheit‘, kurz GPG, gegründet, gedacht für alle, die Interesse an dem Thema

psychische Gesundheit haben. Damit verfolgen wir die Ziele, zu informieren, vorsorgen und entstigmatisieren sowie zu unterstützen und zu begleiten. Schließlich wollen wir netzwerken und verbinden. Ganz konkret möchten wir Betroffene und Angehörige, Praktiker*innen, Wissenschaftler*innen und Politiker*innen verbinden und konkrete Projekte anstoßen und verfolgen. Das hat bis wirklich sehr gut funktioniert. Hätte ich eine derartige Initiative in Berlin etabliert, wäre das sicher viel schwieriger, da es in der großen Stadt schon viele Angebote gibt. Hier gab es vorher nichts Vergleichbares. Viele haben GPG sehr begrüßt, der Bürgermeister ist unser Schirmherr, die Rektorin ist die Schirmdame, und was besonders wichtig ist, unsere Wissenschaftsministerin, Frau Martin, und die Gesundheitsministerin, Frau Drese, sind auch Schirmdamen. Wir können so, die Politik mit einbeziehen, um beispielsweise aufzuzeigen, wo es Defizite, Probleme und Handlungsbedarf gibt. In den 1,5 Jahren konnten wir gerade im Kontext der aktuellen Krisen sehr schnell verschiedenste Projekte initiieren, wobei viele zunächst ehrenamtlich entstanden sind, eben Third Mission, zum Beispiel auch ein großes Projekt zur Unterstützung von ukrainischen Schutzsuchenden hier in der Region. Wir sind nach Ausbruch des erschütternden Angriffskriegs auf die Ukraine seit März 2021 in die Gemeinschaftsunterkünfte gefahren und haben den Schutzsuchenden Krisen- und Beratungsgespräche vor Ort angeboten. Über hundertfünfzig Gespräche haben Therapierende aus dem ZPP und Niedergelassene unterstützt durch Sprachmittelnden mit den Schutzsuchenden geführt, wobei auch freiwillige Bürger*innen mitgewirkt haben, um zum Beispiel mit den Kindern zu spielen oder andere psychosoziale Unterstützung anzubieten. Darauf basierend konnten wir von der Robert-Bosch-Stiftung und auch von ‚Save the Children‘ Gelder einwerben, um diese psychotherapeutische Begleitung zu intensivieren und auch Kurzzeittherapien, welche auf der Interpersonellen Therapie, also der eben beschriebenen IPT, basieren, für Betroffene mit psychischen Störungen anbieten. Hier können wir insbesondere auch die psychisch belasteten Kinder und Jugendliche bzw. die Familien durch spezielle Modifikationen der IPT behandeln.

Steffen Fliegel: Toll. Ich bin sehr beeindruckt, auch von der Vielfältigkeit, mit der du die drei Missionen umsetzt. Möchtest du zu deinen Forschungsaktivitäten abschließend noch etwas ergänzen?

Eva-Lotta Brakemeier: Ja, ich möchte unbedingt noch ergänzen, dass wir aktuell Projekte im Kontext der Klimakrise initiieren oder planen. Unser großes Projekt heißt „Gesundes Klima, gesunde Menschen in Vorpommern“. Hier wollen wir unter anderem Bürger*innen aufzeigen, wie sie gleichzeitig etwas fürs Klima und ihre psychische Gesundheit tun können, und die Wirkung bzw. den Erfolg jeweils direkt rückmelden. Auch möchte ich bei unseren Patient*innen am ZPP beforschen, ob und wie sich die Klimakrise auf ihre Therapieverläufe auswirkt und Seminare für die Therapeut*innen etablieren, die den therapeutischen Umgang mit der Klimakrise adressieren. Denn hier muss die psychische Gesundheit immer mitgedacht werden: kein Klimaschutz ohne Gesundheitsschutz, was eben auch die psychische Gesundheit betrifft. Bei diesem Engagement sehe ich viele Parallelen zur DGVT – wir müssen uns alle gemeinsam jetzt in die Klimakrise einbringen – bevor es zu spät ist.

Steffen Fliegel: Liebe Eva-Lotta, ich bin sehr beeindruckt von der Vielfalt deiner beruflichen Aktivitäten. Und ich freue mich auch sehr über deine Funktion als Brückenbauerin, nicht nur innerhalb der Fachebene, sondern auch aus versorgungspolitischer Perspektive. Da sehe ich tatsächlich manche Anknüpfungspunkte zur DGVT. Ich wünsche dir alles Gute und bedanke mich herzlich für das sehr interessante Gespräch.

