

**Gemeinsamkeiten und Unterschiede der
Schema- und der Pessotherapie
(PBSP®)
Reflexion aus pessotherapeutischer Sicht**

**Schriftliche Ausarbeitung im Rahmen der Ausbildung zur
International Zertifizierten PBSP®Supervisorin
am Albert Pesso Institut in Osnabrück 2017**

**Eva Wörner
Psychologische Psychotherapeutin
Verhaltenstherapie
International Zertifizierte PBSP®
Therapeutin und Supervisorin**

Freiburg, den 01. März 2018

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitende Worte	S. 3
2. Was ist Schematherapie?	S. 3
3. Was ist Pessotherapie (PBSP®)?	S. 6
4. Vergleich beider Therapiemethoden	S. 8
5. Abschließende Bemerkung	S. 9
6. Literaturverzeichnis	S. 11

1. Einleitende Worte

„Frau S. (48 J., Büroangestellte) mache viele Überstunden, da der Chef ihr immer mehr Arbeiten übergeben würde und sie sich nicht abgrenzen könne. Bedingt durch die Zunahme des Stresses leide Frau S. vermehrt an Rückenschmerzen und sei seit 6 Wochen krankgeschrieben“.

Diesen „Supervisionsfall“ stellte meine Kollegin aus der Interventionsgruppe innerhalb meiner kassenärztlichen Tätigkeit vor. Da sie überwiegend mit der Schematherapie arbeitet, sprach sie von aktivierten Schemata und verschiedenen Modi bei dieser Methode der Patientin. Durch die Psychoedukation innerhalb der Therapie helfe sie der Patientin, die Ursachen ihrer Symptomatik verstehen und erkennen zu lernen. Mithilfe der Imagination würde die Patientin ihren Modus des Kindes in den Modus des Gesunden Erwachsenen verändern lernen.

Die Ausführungen machten mich neugierig und ich wollte die Arbeitsweise der Schematherapie im Vergleich zur Pessotherapie verstehen lernen. Welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede gibt es?

Im Rahmen meiner Ausbildung zur International Zertifizierten PBSP® Supervisorin möchte ich mich mit den Grundlagen und den Methoden innerhalb der Schematherapie auseinandersetzen, um einen Vergleich der beiden Therapiemethoden anstellen zu können.

Im folgenden Artikel gebe ich zunächst einen Überblick über die Theorie und Methodik der Schematherapie. Im Anschluß daran stelle ich überblicksartig die Pessotherapie dar, um abschließend die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede dieser beiden Therapiemethoden aufzuzeigen.

2. Was ist Schematherapie?

Jeffrey E. Young (Ph. D.) arbeitet in der Fakultät der Abteilung für Psychiatrie der Columbia Universität und ist Leiter der Zentren für kognitive Therapie in New York und Connecticut sowie des Schema Therapy Institute. In den 90-er Jahren des letzten Jahrhunderts begann Young diese Methode zu entwickeln; er gilt als der Begründer der Schematherapie.

Die Basis des Therapieverständnisses in Deutschland in den 90-er Jahren prägte innerhalb der Verhaltenstherapie der integrative, Therapieschulen übergreifende Ansatz von Klaus Grawe. Daher stieß die Schematherapie auf großes Interesse in Deutschland und breitete sich rasant aus.

Ich beziehe mich bei meinen Ausführungen zur Schematherapie auf Dr. Eckhard Roediger, Psychiater und Arzt für Psychotherapeutische Medizin in Frankfurt und Leiter des Instituts für Schematherapie Frankfurt.

Young wurde von Wolpe als Verhaltenstherapeut ausgebildet, im Anschluß wechselte er zu Aaron Beck, Begründer der Kognitiven Therapie, die als die zweite Welle der Verhaltenstherapie bezeichnet wird.

Im Vordergrund der Behandlung der Verhaltenstherapie und der Kognitiven Therapie stehen die Störungen der Achse I (Störungen nach Symptomen) des DSM IV.

Young stellte jedoch fest, dass diese Arbeitsweisen nicht für die Arbeit mit Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen Achse II (Persönlichkeitsstörungen) des DSM IV ausreichen. In der Therapie mit diesen Patient:innen werden Emotionen aktiviert, die die therapeutische Beziehung „stören“. Daher entwickelte Young die Kognitive Therapie weiter, indem er die Beziehungsgestaltung und die Berücksichtigung der damit verbundenen Emotionen in die Arbeit mit seinen Patient:innen einbezog. Es entstand „die dritte Welle der Verhaltenstherapie“, die Schematherapie.

Frühere Beziehungserfahrungen der Patient:innen werden innerhalb der therapeutischen Beziehung aktiviert und müssen daher mitberücksichtigt und bearbeitet werden. Die Therapie ist eingebettet in eine wertschätzende, authentische therapeutische Beziehung mit sanft fordernder und empathischer Konfrontation. So können die Patient:innen eine korrigierende emotionale

Erfahrung durch die Therapeut:innen machen und sich im Anschluß auf die kognitiven und verhaltensbezogenen Therapiemaßnahmen einlassen und diese umsetzen.

Der Anspruch der Schematherapie liegt auf der Behandlung der Störungen auf Achse II (DSM IV) mit kognitiv und verhaltenstherapeutischen Methoden kombiniert mit Techniken anderer Therapiemethoden.

Der Schematherapie (Deutschland) werden die vier seelischen **Grundbedürfnissen** nach Grawe zugrundegelegt, nach der die Klient:innen innerlich in ihrer Kindheit streben.

- 1.verlässliche Bindungen zur Autonomieentwicklung
- 2.Gefühl der Sicherheit, Orientierung und Kontrolle über stabile Umgebungsbedingungen
- 3.Selbsterhöhung (Ziel vor sich und anderen gut dazustehen)
- 4.Lust/ Unlustvermeidung als verhaltenssteuerndes Prinzip für Annäherung und Vermeidung.

Die Schematherapie integriert die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung, der Lerntherorie, der Bindungsforschung, verwendet kognitive Techniken, imaginative Verfahren, Elemente aus der Gestalttherapie, die Arbeit mit aktivierten Emotionen mit einer achtsamen und akzeptierenden Haltung, die Förderung des Aufbaus einer selbstreflexiven Haltung (Mentalisierung) und den Einsatz von Arbeitsblättern und Hausaufgaben.

Die Schematherapie gibt ein systematisches, strukturiertes schrittweises Vorgehen innerhalb des Therapieverlaufs vor, das flexibel an die Patient:innen und den Therapieverlauf angepasst werden kann.

Das Ziel der Schematherapie ist es sich von primär emotional gesteuerten Prozessen innerlich zu distanzieren und eine selbstreflexive Haltung zu entwickeln. Sich von Außen aus der Vogelperspektive mit einer wohlwollenden Haltung anschauen, um Distanz zu den inneren Gefühlen zu schaffen und eine größere innere Freiheit zu erreichen. So lassen sich innere Wertvorstellung erkennen und benennen und die Patient:in ist dadurch in der Lage, Verhaltensänderungen vorzunehmen.

Durch die neuen Werte und Zielvorstellungen der Patient:innen können synaptische Übertragungsstärken zwischen den Nervenzellen verändert werden.

Subkortikale Hirnstrukturen sind bei der Geburt weitestgehend ausgereift. Der Aufbau der Hirnrinde ist abhängig von der Beziehungserfahrung in den ersten Lebensmonaten der ersten zwei Jahre. Das Gehirn prägt die Erlebnisse in neuronale Strukturen (Fußabdrücke). Zufällig gleichzeitig aktivierte Neuronengruppen verbinden sich fester, dadurch entsteht ein Reaktionsmuster. Intensive, wiederholt negative Erlebnisse führen zu starker Erregung der reagierenden Neuronen, die sich intensiver vernetzen und somit wird eine Erregungsbereitschaft ausgebildet. Die Reaktionsbereitschaft wird als **Schema** bezeichnet.

Erst im aktivierten Zustand wird das entsprechende Erleben, z. B. In Form einer Panikattacke erlebbar und bewirkt bestimmtes Denken, Fühlen, Körpergefühl und Handlungstendenzen. Dieser komplexe Aktivierungszustand wird als **Modus** bezeichnet.

Man sieht was man kennt und tut was man bereits getan hat.

So entwickeln sich stabile Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster. Die Patient:in sucht den Auslöser im Hier und Jetzt, da die alte emotionale Wunde unbewusst ist. Die Gegenwart wird unbewusst durch die Erfahrungen der Vergangenheit gestaltet, die *erinnerte Gegenwart*. Alleinige Einsicht in diese „Lebensfalle“, d.h. die Erinnerung des Ursprungs des gegenwärtigen Gefühls, führt noch nicht zur Verhaltensänderung. Mithilfe der Schematherapie soll die Schemaaktivierung, d.h. die automatischen Bewältigungsreaktionen unterbrochen werden. Der Modusaufbau innerhalb der Therapie erlaubt dann gesundes erwachsenes Verhalten, welches innerhalb der Therapie mithilfe der Therapeut:in trainiert wird und so eine Spannungsreduktion erreicht werden kann.

Die dysfunktionale Schemaaktivierung zeigt sich zwischen Klient:in und Therapeut:in. Durch selbstreflexives und kritisches Beobachten kann die Patient:in ihr dysfunktionales Verhaltensmuster erkennen. Die Therapeut:in unterbricht hierzu den Therapieverlauf und ermöglicht der Patient:in in die Beobachtungsperspektive zu wechseln, den Ablauf sachlich zu analysieren, um eine bewusst rational geführte Handlungsregulation aufzubauen und die Unterbrechung des „emotionalen Autopiloten“ bewirken zu können. Die Aufgabe der Therapeut:in entspricht der eines Katalysators zum Aufbau neuer Verhaltensmuster. Nicht die Schemaaktivierung soll verhindert, sondern die symptomverstärkende Handlung verändert werden.

Ende der 90-er Jahre erweiterte Young die Schematherapie um das **Modusmodell**. Ein Schema ist nicht direkt erleb- und beschreibbar, sondern es ist eine hintergründige Erregungsbereitschaft, im Sinne eines Persönlichkeitszuges (trait). Ein Modus ist aktuell beschreib- und erlebbar, der momentane Zustand der Persönlichkeit (state).

Das Schema läuft im Hintergrund, der Modus ist die Erscheinung.

Young beschreibt 18 Schemata und eine Vielzahl von unterschiedlichen Modi, die die Therapeut:in auf psychoedukativem Weg der Klient:in nahebringt. Durch das Wissen über die Grundbedürfnisse und die Ergebnisse der Bindungsforschung, wirkt die Therapeut:in wie unterstützende Eltern im Sinne einer „Nachbeelterung“.

Das Modus-Modell unterscheidet zwei Ebenen: den **Kind-Modus** und den **Inneren Eltern-Modus**.

Der **Kind-Modus** entspricht dem primären emotionalen Aktivierungszustand, der **Innere-Eltern-Modus** entspricht tief verinnerlichte, zum Selbst gehörende Instanzen in Form von unbewusst gelernten Normen und Regeln. Sie werden zu Stellvertretern der äußeren Eltern. Durch diese gelungene Sozialisation des Menschen, ist dieser nicht mehr ausschließlich auf äußere Anweisungen angewiesen. Jedoch überschießende Innere-Eltern-Modi können eine anhaltende Spannung zum Kind-Modus erzeugen und somit zu einseitig unterordnenden oder dissoziativen, gefühlsvermeidenden oder überkompensatorischen Bewältigungsmodi in Form von psychischen Störungen führen.

Innerhalb des Therapieprozesses soll die Patient:in lernen, ihr spontanes Erleben im Alltag dem spezifischen Modus zuzuordnen. Im Sinne einer Mentalisierung, d.h. ein sprachlos erlebter Prozess soll mit sprachlichen Mitteln belegt werden. So lernt die Patient:in den Zusammenhang des aktuellen Erlebens zum Modus zu erkennen. Die Mentalisierungsfähigkeit entsteht durch die Spiegelung und die Amplifizierung (Verstärkung der gewünschten Reaktion) durch die Therapeut:in. Einerseits fungiert die Therapeut:in als Modell für den **Modus des Gesunden Erwachsenen** und andererseits kann durch den Mentalisierungsprozeß dieser selbst von der Patient:in aufgebaut werden (zum Beispiel: alter Innerer-Eltern-Modus: „Wenn Du etwas begonnen hast, bringst Du es auch zu Ende“ versus neuer Modus des Gesunden Erwachsenen: „Bevor du jetzt einen Fehler machst, hörst du lieber auf“).

Im Therapieprozess soll das automatisierte Verhalten in ein kontrolliertes Verhalten übergeführt werden.

Mithilfe von imaginativen Übungen leitet die Therapeut:in die Klient:in an, von einem sprachlichen in einen episodischen Verarbeitungsmodus des Gehirns zu wechseln. Dadurch wird es der Klient:in möglich, die auslösende Kindheitsszene zu erkennen und wahrzunehmen, aktiv in die Gegenwartsszene mitzunehmen und die wahrhaftigen Bedürfnisse und Gefühle ihrem Gegenüber deutlich ausdrücken zu lernen.

Auch mithilfe der gestalttherapeutischen Technik, dem Dialog mit Stühlen, lernt die Klient:in, Kontakt mit ihren unterschiedlichen Anteilen (Kind-Modus; Innere-Eltern-Modus, Modus des Gesunden Erwachsenen) aufzunehmen und in Konversation zu treten. Durch das unterschiedliche Erleben ihrer verschiedenen Modi, entwickelt sich bei der Klient:in ein kognitives Verständnis, auf welches sie auch außerhalb der Therapie inform eines inneren Dialogs oder durch eine Verankerung im Körpergefühl zurückgreifen und so als Vorlage für eine Selbstinstruktion dienen kann.

Mithilfe eines Schematagebuches, lernt die Patient:in die Regeln zu versachlichen und zu optimieren. So erlernt die Patient:in, Schemaaktivierungen und dazugehörige Bewältigungsreaktionen zu erkennen, zu unterbrechen und zu neuen Lösungen zu wechseln.

Das neue Verhalten wird mittels Rollenspiel, Hausaufgaben und Tagebuch unter Anleitung der Therapeut:in eingeübt.

3. Was ist Pessotherapie?

Albert Pessó und seine Frau Diane Boyden-Pessó haben in den 60-er Jahren des letzten Jahrhunderts aus ihrer Arbeit am Theater mit Tänzern eine Therapiemethode entwickelt, die Pessó-Boyden-System-Psychomotor (PBSP®) Therapie.

Albert Pessó arbeitete in verschiedenen psychiatrischen Kliniken in den USA und lehrte seine Methode in der ganzen Welt.

Das Ehepaar Pessó benennt zwei unterschiedliche Gedächtnisarten. Das **autobiographische Gedächtnis**, in dem unsere ganze Lebensgeschichte gespeichert wird.

„In der Tiefe unseres Wesens sehnen wir uns nach Freude, Sinnhaftigkeit, Verbundenheit und Befriedigung“. Diese Tiefe des Wesens hat biologische/ evolutionäre Wurzeln.“ Aufgrund dieses **genetischen Gedächtnisses** wissen wir genau, was wir brauchen. Aber wir brauchen ein Gegenüber, eine Interaktion, die richtige Person, im richtigen Verwandtschaftsverhältnis zur richtigen Zeit in unserem Leben, die unsere Bedürfnisse befriedigt, die uns hilft unser Bewusstsein zu entwickeln und zu erweitern, die Pessós sprechen von „**Form und Passform**“.

Werden die Bedürfnisse nicht in der Kindheit von der richtigen Person erfüllt, so werden wir uns in der Gegenwart Menschen zuwenden, die diese Befriedigung zu versprechen scheinen.

Dies bedeutet, **wir sehen die Gegenwart immer durch die Brille unserer Vergangenheit, „Wahrnehmen heißt Erinnern“**.

In der Therapie kann die Patient:in Heilung durch die symbolische Befriedigung in Form einer neuen virtuellen Gedächtnisspur von Grundbedürfnissen innerhalb einer „Struktur“ erfahren.

Die Therapeut:in hilft der Klient:in, eine neue positive Erfahrung mit Hilfe der „**idealen Eltern**“ zu ermöglichen, die ihr dies geben was sie gebraucht hätte, um zu derjenigen werden zu können, die sie wirklich ist. Diese neue Erfahrung wird im Körper, auf zellulärer Ebene und im autobiographischen Gedächtnis im Damals gespeichert.

Die Pessotherapie fand ihren Ursprung als Einzeltherapie innerhalb einer Gruppe, in der die Gruppenmitglieder:innen die Rollen der idealen Personen einnehmen. Jedoch entwickelten die Pessós diese Therapiemethode immer weiter, sodass sie heute auch im Einzelsetting mithilfe Imagination idealer Personen eingesetzt werden kann.

Das Ehepaar postuliert **grundlegende Entwicklungsaufgaben**

1. Befriedigung der grundlegenden Entwicklungsbedürfnisse:

Diese Grundbedürfnisse sind das Bedürfnis nach Platz, Nahrung, Unterstützung, Schutz und Grenzen. Diese Bedürfnisse benötigen zuerst die konkrete, dann die symbolische Erfüllung durch die Eltern, um die Bedürfnisse im erwachsenen Alter selbstständig befriedigen zu können.

Bedürfnis nach Platz

Zuerst brauchen wir einen Platz im Uterus, dann symbolisch den Platz innerhalb der Familie, dann können wir uns selbst einen Platz im Leben nehmen und geben.

Bedürfnis nach Nahrung

Nahrung hält uns am Leben, zuerst müssen wir sie konkret (Muttermilch oder per Fläschchen) erfahren. Später benötigen wir die symbolische Nahrung, in Form von „geistiger“ Nahrung von unseren Eltern, um uns in unserem späteren Leben selbst nähren zu können.

Bedürfnis nach Unterstützung

Unterstützung hilft die Schwerkraft für das Neugeborene zu überwinden. Wir benötigen diese durch den konkreten Halt unserer Eltern, die unser Köpfchen stützen. Später benötigen wir symbolische Unterstützung z.B. gegenüber Ungerechtigkeiten von Seiten anderer Menschen durch unsere Eltern, um uns im späteren Leben selbstständig Unterstützung zu geben.

Bedürfnis nach Schutz

Schutz schirmt ab vor Gefahr und puffert die von außen kommenden Kräfte ab. Zuerst muss der Schutz real körperlich empfunden werden, z.B. das Schützen des Kindes vor dem Griff auf eine heiße Herdplatte. Dann symbolisch durch die Eltern, die uns z.B. vor Menschen, die uns nicht wohlgesonnen sind schützen, um uns im Erwachsenenleben selbst schützen zu können.

Bedürfnis nach Grenzen

Das Kind nimmt Einfluss auf die Welt und wird von ihr beeinflusst. Durch unsere Eltern lernen wir, dass diese Kräfte nicht unkontrollierbar, omnipotent oder unendlich sind. Zuerst braucht es eine liebevolle Begrenzung auf körperlicher Art und Weise, z.B. beim Wutanfall eines Kleinkindes, um sich nicht selbst oder andere zu verletzen. Später dann in der Pubertät die symbolische Begrenzung in Form von Regeln. Ein liebevoll begrenztes Kind entwickelt sich zu einem freien spontanen Erwachsenen.

2. Aneignung und Integration von Polaritäten:

- *genetisches mütterliches und väterliches Potential
- *neurologische: linke und rechte Hemisphäre
- *sensorische und motorische Polaritäten
- *Aktivität vs. Empfänglichkeit (Verhalten)
- *männliche vs. Weibliche Polarität

3. Entwicklung von Bewußtsein

4. Entwicklung des Piloten

5. Entwicklung der Einzigartigkeit des Seins

Werden diese Bedürfnisse in der Kindheit nicht ausreichend befriedigt, kommt es zu **Defiziten**, d.h. das Kind „hat zu wenig bekommen“.

Die Therapeut:in nimmt im Sinne der humanistischen Therapie eine liebevolle, wertschätzende, achtsame Haltung ein. Darüber hinaus hat sie die Grundüberzeugung, dass alles Wissen in der Klient:in angelegt ist, um sich selbst heilen zu können. Die Therapeut:in schafft die Bedingungen, dass sich dieses Wissen innerhalb der Struktur entfalten kann. In der Vorstellung der Therapeut:in, befindet sich eine „Möglichkeitsspäre“ um die Klient:in herum, in der sie je nach Zeitpunkt innerhalb der Strukturarbeit verschiedene theoriegeleitete Ideen und Vorstellungen hineingibt, die die Klient:in überprüfen und gegebenenfalls akzeptieren kann.

Von Anfang an finden neben den verbalen Äußerungen der Klient:in auch Körperempfindungen und -reaktionen Eingang in den therapeutischen Prozess.

Im **Therapieprozess** durchläuft die Klient:in verschiedene Phasen:

Zu Beginn stellt die Klient:in ihr Problem, welches sie in die Therapie führt dar. Das Ehepaar spricht von der **wahren Szene**.

In dieser Phase versucht die Therapeut:in der Klient:in zu helfen, Bewusstsein über die mitwirkenden, eingewebten autobiographischen Muster der Vergangenheit, das Ehepaar **Pesso** spricht von der **historischen Szene**, mittels **Microtracking** zu entwickeln.

Hierzu bedient sich die Therapeut:in zweier „Hilfsfiguren“. Der **Zeugenfigur**, die die Mikroemotionen, die sich auf dem Gesicht zeigen und dem dazugehörigen sprachlich benannten Kontext während ihres Auftretens, benennt.

Beispiel: „Wenn ein Zeuge hier im Raum wäre, der Gefühle benennen würde, der würde sagen: Ich sehe wie traurig du bist, wenn Du daran denkst, wie Du mit Deinem Bruder gestritten hast“.

Und der **Stimmenfigur**, die die inneren erworbenen Gedanken und Wertvorstellungen benennt, die unsere Emotionen und unser Verhalten regulieren.

Beispiel: „Es gibt keine Sicherheit in der Welt“.

In der nächsten Phase bietet die Therapeut:in, gespeist aus dem Bewußtsein der tatsächlich erlebten Lebensgeschichte (reale Eltern) ein heilendes Gegenbild, gespeist aus dem genetischen Gedächtnis (ideale Eltern) in dem Alter, indem es die Klient:in gebraucht hätte, an. Das Ehepaar **Pesso** spricht vom **Antidot** (Gegengift).

Beispiel: Ideale Eltern, die gesagt hätten: Wenn wir deine ideale Eltern, in deiner Kindheit gewesen wären, wir hätten dir immer Sicherheit und Halt gegeben. Mit uns hättest Du die Welt als sicher erleben können.“

Falls diese Möglichkeit von der Klient:in geglaubt und angenommen werden kann, kann eine **neue Gedächtnisspur** entwickelt werden. Diese neue Erfahrungsmöglichkeit wird im autobiographischen Gedächtnis als ob es die Klient:in im Damals erlebt hätte, gespeichert. Durch die neue Erinnerungsspur verändert sich die Wahrnehmung der Klient:in und damit einhergehend ihr Handlungsspektrum im Alltag, in ein automatisiertes neues Verhalten.

Das Ziel der Pessotherapie ist automatisches Handeln, gespeist durch das autobiographische Gedächtnis, in automatisches Handeln, gespeist durch das genetische Gedächtnis, überzuführen und der Klient:in so zu neuer Zufriedenheit, Freude, Verbundenheit und Sinnhaftigkeit verhelfen zu können.

Neben dieser defizitorientierten Arbeitsweise gibt es zwei weitere Schwerpunkte innerhalb der Pessotherapie.

Arbeit mit **Traumata**. Trauma steht hier im Sinne eines „Zuviels“, was in die Seele eines Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben eingedrungen ist und nicht mehr bewältigbar war.

Arbeit mit **Löchern im Rollengefüge** oder **Holes in Roles**.

Grundannahme: Ein Kind kann die Rolle der Mutter, des Vaters, der Großmutter etc. annehmen und auch für andere ausfüllen. Es weiß genau um die Passform für seine Bezugspersonen.

Dieses Wissen befindet sich auf einer neurologischen Zeitachse, d.h. zuerst hat das Kind die Rolle der Tochter oder des Sohnes, später die Rolle der Mutter oder des Vaters usw.

Das Kind nimmt zuerst die empfangende Ebene und später als Erwachsener die gebende Ebene ein.

Diese Reihenfolge kann verletzt werden wenn Kinder auf Eltern oder Bezugspersonen treffen, die in ihrer Kindheit schmerzlich traumatisiert oder verwundet wurden, d.h. bestimmte Bedürfnisse der Bezugspersonen während ihrer Entwicklung nicht erfüllt wurden. Zum Beispiel wenn die eigene Mutter als Kind ihre Mutter durch Tod verloren hat. Hier spricht man von Löchern in den Rollen. Das Kind fühlt diese Ungerechtigkeit und versucht das „Loch zu stopfen“, indem es die symbolische Rolle der Mutter für die leibliche Mutter übernimmt. Wichtigste Wurzel für das „Löcherstopfen“ ist das Mitgefühl des Kindes und der Drang wieder Gerechtigkeit herzustellen, welches nach Al. Pessu angeboren ist. Den Preis, den das Kind für diese Rollenübernahme zahlt, ist immens. Es bedeutet die Aufgabe des Selbstinteresses. Dies hat zur Folge, dass dieses Kind als Erwachsene das Muster entwickelt für andere zu sorgen und schlecht Fürsorge annehmen zu können. Es ist ein Verlust auf der fundamentalsten Ebene. Beim Kind entwickeln sich Omnipotenzgefühle, dass es das Einzige sei, das diese Ungerechtigkeit beseitigen kann, ein „mesianisches“ Gefühl stellt sich ein. Dieses Omnipotenzgefühl überdeckt die eigene Fähigkeit zu spüren, was man braucht und gleichzeitig die Fähigkeit anzunehmen, was man von anderen angeboten bekommt.

4. Vergleich beider Therapiemethoden

Sowohl die Schematherapie als auch die Pessotherapie verankern die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung als Grundlage in ihrer Therapietheorie. So postulieren beide Methoden, dass wir mit unserem Gedächtnis wahrnehmen oder anders formuliert: Wahrnehmen heißt erinnern.

Auch haben beide Methoden die Annahme von Grundbedürfnissen, die in der Kindheit von den Eltern erfüllt werden müssen, um zu einem gesunden Erwachsenen werden zu können. Jedoch benennen sie unterschiedliche Aspekte von Grundbedürfnissen.

Beide Therapiemethoden müssen von der Klient:in erlernt und durch die Therapeut:in mittels Psychoedukation vermittelt werden.

Die Beziehungsgestaltung der Therapeut:in gegenüber der Klient:in inform einer wertschätzenden, achtsamen und wohlwollenden Haltung, ist ebenfalls identisch.

Doch gerade in der Haltung der Therapeut:in, zeigt sich ein wichtiger Unterschied in den beiden Methoden.

Innerhalb der Schematherapie, fungiert die Therapeut:in als Modell im Sinne des Modus des Gesunden Erwachsenen und kann so einerseits Nachbeelterung für die Klient:in ermöglichen, andererseits werden aufkommende dyadische konflikthafte Beziehungskonstellationen innerhalb des therapeutischen Prozesses zwischen Therapeut:in und Klient:in aktiv benannt, analysiert und mithilfe von kognitiven Techniken in den Modus eines Gesunden Erwachsenen überführt.

Die Therapeut:in übernimmt die Verantwortung für den Therapieprozess, indem sie aktiv den Therapieprozess durch erlebnisaktivierende Techniken, wie den Dialog auf Stühlen oder Imagination, Rollenspiele und Hausaufgaben zum Einüben neuen Verhaltens, Förderung der Mentalisierungsfähigkeit mithilfe von kognitiven Techniken und Einführung eines Tagebuches zum Sammeln neuer Selbstinstruktionen, gestaltet.

Die Pessotherapeut:in folgt der Klient:in, da sie annimmt, dass das Wissen der Heilung in der Klient:in vorhanden ist. Sie schafft die Bedingungen, dieses Wissen der Klient:in u.a. mithilfe der Zeugen- und Stimmenfiguren während des Mikrotrackings zu ermöglichen.

Die Therapeut:in übernimmt die Führung zum Teaching des Therapierationals, der zugrundeliegenden Theorie und zur Strukturierung und Implementierung der Angebote an die Klient:in.

Die Pessotherapeut:in achtet immer gleichermaßen auf Emotion, Bedürfnisse, Körper und Kognition und spiegelt diese adäquat an die Klient:in. Dadurch ist es möglich, während des Therapieprozesses auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig zu arbeiten.

Die Zielsetzung der beiden Therapiemethoden ist unterschiedlich. Die Schematherapie hat zum Ziel, automatisiertes dysfunktionales Verhalten in neues konditioniertes Verhalten überzuführen. Das konditionierte, neue Verhalten wird aus dem Kind-Modus gespeist, die Veränderung findet mittels kognitiver Techniken in der Gegenwart inform des Modus des Gesunden Erwachsenen statt.

Die Pessotherapie hat zum Ziel automatisiertes dysfunktionales Verhalten des autobiographischen Gedächtnisses mittels Mikrotracking bewusst zumachen und in ein automatisiertes gesundes Verhalten, gespeist aus dem genetischen Gedächtnis überzuführen. Die Veränderung findet in der als-ob Vergangenheit statt. Dadurch ändert sich die Wahrnehmung der Klient:in und bewirkt eine automatische Veränderung des Verhaltens in der Gegenwart. Der Bewusstmachungsprozess findet im Anschluss an die Alltagserprobung mit der Klient:in gemeinsam statt.

Die Pessotherapie unterscheidet bei der Behandlung ihrer Klient:innen nicht, ob ein dysfunktionales Muster auf der Symptom- oder der Persönlichkeitsebene vorliegt. Sie ist sowohl im Einzel-, als auch im Gruppensetting anwendbar.

Beide Methoden verfolgen das Ziel innerhalb der Therapiestunde, die Arbeit mit den Klient:innen gemeinsam „zum guten Ende zu bringen“. Das bedeutet die „Überführung“ der Klient:in in den Modus eines Gesunden Erwachsenen mit kognitiven, erlebnisaktivierenden Techniken und dem Rollenspiel innerhalb der Schematherapie. Innerhalb der Pessotherapie, steht die Implementierung der idealen Eltern im Antidot und das Legen einer neuen Gedächtnisspur in der als-ob-Vergangenheit der Klient:in im Hier- und Jetzt im Vordergrund. Die Klient:in bewegt sich während dieses Prozesses innerlich gleichzeitig im Damals und in der Gegenwart.

5. Abschließende Bemerkung

In dem vorliegendem Artikel habe ich versucht, einen überblicksartigen Einblick in zwei unterschiedliche Therapiemethoden zu ermöglichen.

Durch die vereinfachte, auf die wesentlichen Aspekte reduzierte Darstellung der beiden Therapiemethoden, hoffe ich das Interesse und die Neugier der Kolleg:innen der jeweils anderen Therapiemethode geweckt zu haben und vielleicht darüber hinaus das Wissen dieser beiden Methoden vertiefen zu wollen.

Mein eigenes Anliegen -die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede beider Verfahren benennen zu können- sehe ich für mich als verwirklicht an.

Im Rückblick würde ich die Methoden als sehr unterschiedliche Verfahren beurteilen. Durch die ersten Berührungspunkte der Schematherapie innerhalb meiner Interventionsgruppe hatte ich viel mehr „Gemeinsames“ erwartet.

Die zwei Therapiemethoden haben gemeinsame Wurzeln, vor allem in den Grundlagen, der Einbindung der Ergebnisse der neurobiologischen und der Bindungs-Forschung.

Die Zielsetzung, der Weg der Veränderung der Klient:in und die Haltung der Therapeut:in sind jedoch sehr unterschiedlich.

Innerhalb meiner therapeutischen Laufbahn habe ich eine Vielzahl von Therapiemethoden kennen- und erlernen dürfen.

Die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie hat mir ermöglicht, von Beginn meines therapeutischen Arbeitens an, eine empathische, wertschätzende, vertrauensvolle Beziehung zu meinen Klient:innen aufbauen zu können.

Durch die Weiterbildung in der Gestalttherapie, lernte ich erlebnisaktivierende Methoden in meine Arbeit einzubeziehen.

Die Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin half mir, kognitive und verhaltensverändernde Techniken in meiner Arbeit einzusetzen.

Doch die Therapiemethode, die mich persönlich am meisten geprägt, mich und meine Klient:innen am meisten bisher verändert hat, die mir sowohl von der Methodik, der Theorie als auch von der inneren Haltung der Therapeutin am meisten entspricht, ist die Pessotherapie.

Die kreativen Möglichkeiten dieser Methode sind grenzenlos und besonders das Arbeiten auf Augenhöhe mit der Klient:in schätze ich sehr.

In den letzten Jahren habe ich mich ausschließlich dem Erlernen dieser Methode gewidmet und freue mich sehr, nun als Supervisorin für Pessotherapie Ausbildungskandidat:innen begleiten und zur Verbreitung dieser wunderbaren Methode, das Lebenswerk des Ehepaars Pessó/ Boyden, beitragen zu dürfen.

6. Literaturverzeichnis:

Pesso, Albert & Perquin, Lowijs (2008). *Die Bühnen des Bewusstseins oder Werden, wer wir wirklich sind*. München: CIP Medien.

Roediger, Eckhard (2011). *Praxis der Schematherapie* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Roediger, Eckhard (2009). *Was ist Schematherapie?* Padermann: Jungfermann Verlag.

Schrenker, Leonhard (2008). *Pesso-Therapie: Das Wissen zur Heilung liegt in uns*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Young, Jeffrey E., Klosko, Janet S. & Weishaar, Marjorie E (2008). *Schematherapie*. Paderborn: Jungfermann Verlag.