

Change the history which creates the symptoms

Depressive Störungen körperorientiert behandeln mit PBSP®/Pesso-Therapie

1. **Einleitung**
Die Bedeutung, Entstehung und gängige Behandlung depressiver Störungen
2. **Albert Pesso und sein Psychotherapieverfahren**
 - 2.1. Neurobiologischer Bezug
 - 2.2. Mehrwert von PBSP®/Pesso-Therapie für die Behandlung depressiver Störungen
 - 2.3. Imaginative Befriedigung entwicklungsspezifischer Grundbedürfnisse
3. **Problem- bzw. lösungsorientierte Behandlung von Depressionen mit PBSP®/Pesso-Therapie**
 - 3.1. Ursache: Verluste oder Defizite bei Grundbedürfnissen
 - 3.2. Ursache: Löcher im Rollengefüge der Ursprungsfamilie, die sog. „Holes in Roles“-Theorie „Filme“/„movies“ eine pessospezifische Intervention unter Berücksichtigung der Mehrgenerationenperspektive
 - 3.3. Ursache: Abwehr von Sexualität und Aggression
4. **Fazit**
5. **Danksagung**
6. **Literatur**

1. Einleitung

Der Artikel zeigt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Ursachen und Behandlung depressiver Erkrankungen mit den derzeit anerkannten Behandlungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitswesen. Es folgen Theorie und Therapieansätze depressiver Störungen mit dem erlebnisorientierten und körpertherapeutischen Ansatz PBSP®/Pesso-Therapie. Ergebnisse der modernen Hirn- und Gedächtnisforschung begleiten die Annahmen der Pesso-Therapie, dass die Heilung auf neuronaler Umstrukturierung basiert. PBSP®/Pesso-Therapie deckt signifikante problematische Erlebnisse der frühen Kindheit auf und kreiert daraus imaginativ und symbolisch eine heilsame neue Erfahrung, ein sogenanntes „Antidot“. Diese Nachreifung entwicklungsspezifischer Grundbedürfnisse, hinterlässt Gedächtnisspuren im Gehirn und stärkt die Resilienz der Persönlichkeit, im Umgang mit Belastungen und Schwierigkeiten des Alltagslebens und erhöht die Lebenszufriedenheit. Um die Gedankengänge zu erläutern, wurden Zitate verwendet, für die im März 2011 Albert Pesso und im Mai 2011 fünf Experten interviewt wurden. Es handelt sich um die zertifizierten PBSP®-Trainer Dipl.-Psych. Michael Bachg, Dipl.-Psych. Leonhard Schrenker, die Supervisorinnen Dipl.-Psych. Almuth Roth-Bilz und Dipl.-Psych. Sabine Löffler sowie die Therapeutin und Heilpraktikerin Heidi Ramesh. Sie leiten seit vielen Jahren psychotherapeutische Pesso-Gruppen und bilden Weiterbildungskandidat/innen aus. Aus Gründen der Vereinfachung wird in diesem Text die weibliche Form gewählt.

Die Bedeutung, Entstehung und gängige Behandlung depressiver Störungen

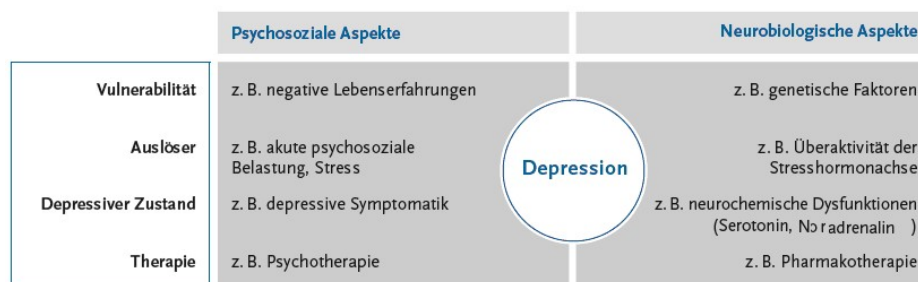
Depressionen zählen zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen, allein in Deutschland gibt es ca. 4 Millionen an Depressionen erkrankter Menschen. Diverse Studien liefern in Übereinstimmung mit Trends der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken verlässliche Hinweise auf eine gravierende Zunahme depressiver Erkrankungen in den letzten Jahren.

Der Anstieg ist vor allem auf das Bevölkerungswachstum und die längere Lebenserwartung zurückzuführen. Depressionen sind heute weltweit die Hauptursache für eine Lebensbeeinträchtigung. Besonderen Handlungsbedarf sieht die WHO bei Jugendlichen, Frauen vor und nach der Geburt sowie älteren Menschen.

Depressionen haben aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer Komplikationen und Folgen, eine herausragende klinische, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung. Nach Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Weltbank und des European Brain Councils, ist die Depression seit Anfang der 1990er-Jahre noch vor anderen Volkskrankheiten, wie Diabetes mellitus oder koronaren Herzerkrankungen, als das gesellschaftlich am weitesten verbreitete Krankheitsbild in Europa und Deutschland einzuordnen. Zu dieser Einschätzung kommen regelmäßige Untersuchungen unter Führung der WHO (RKI Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010). Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe spricht von einer Volkskrankheit. Depressionen gehörten zu den häufigsten und mit Blick auf die Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen (Deutsches Ärzteblatt, 23.02.2017).

Bei der Entstehung psychischer Störungen, wie auch der Depression, ist von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen. Es wirken dabei biologische (z. B. genetische Prädispositionen), psychische (z. B. kognitive Defizite) und soziale Faktoren (z. B. Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsprobleme) zusammen. Bislang liegt keine einheitliche, empirisch gestützte Theorie zur Entstehung der Depression vor. Nach dem sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell¹, entstehen depressive Störungen durch die Interaktion aktueller oder chronischer Belastungen (Stressoren/auslösende Faktoren) mit neurobiologischen bzw. psychischen Veränderungen vor dem Hintergrund einer Veranlagung (Vulnerabilität). Diese zentralen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen zeigt die folgende Grafik.

Abbildung 1 (Quelle: RKI Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010)



¹ Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist ein Paradigma der Gesundheitspsychologie und der klinischen Psychologie. Es ist nicht auf eine bestimmte Schule festgelegt und verbindet biologische, psychologische und Umweltfaktoren

Zur Therapie der depressiven Störungen stehen die psychotherapeutische und die medikamentöse Behandlung sowie unterstützende somatische Maßnahmen wie Lichttherapie, Schlafentzug, Rehabilitationssport oder Elektrokrampftherapie (EKT), zur Verfügung.

Zu den evidenzbasierten Psychotherapiemethoden zählen die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit ihren Weiterentwicklungen und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Rahmenbedingungen umfassen Einzeltherapie, Gruppentherapie sowie ambulante und stationäre Versorgung.

Bei der verhaltenstherapeutischen Depressionsbehandlung kann ein Vorgehen in aufeinander folgenden Therapiestufen gewählt werden. Eine solche Behandlung in Phasen aufbauend, beginnt mit der Akutbehandlung zur Leidens- und Symptomreduktion (Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, Psychoedukation, Auslöser- und Bedingungsanalyse, Aktivitätsaufbau, Vorbereitung kognitiver Techniken). An diese Phase schließt die psychotherapeutische Arbeit im engeren Sinne an (im Falle einer KVT z.B. kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Denk- und Einstellungsmuster). Die dritte Phase besteht aus Erhaltung und Stabilisierung, um einen Rückfall oder das wiederholte Auftreten von Symptomen zu vermeiden (vgl. Hautzinger 2008, Roediger 2009).

2. Albert Pesso und sein Psychotherapieverfahren

Der US-Amerikaner Albert Pesso und seine Frau Diane Pesso-Boyden entwickelten 1961 gemeinsam den erlebnisorientierten und integrativen körpertherapeutischen Ansatz, den Pesso-Boyden-System-Psychomotor (PBSP®). Dieser ganzheitliche Ansatz basiert auf den tiefenpsychologischen Annahmen und vereint Elemente von Psychodrama, kognitiver Verhaltenstherapie, Gestalttherapie und systemischer Psychotherapie.

Ursprünglich als Trainer für modernes Ballett und Ausdruckstanz, stießen die Eheleute auf das Phänomen, dass sehr begabte Schüler zum Teil erhebliche Schwierigkeiten hatten, bestimmte Emotionen tänzerisch stimmig auszudrücken, was auch durch verschiedene Trainingsmethoden nicht verändert werden konnte. Sie entwickelten Übungen, um die Wahrnehmungs- und Bewusstseinsfähigkeit zu fördern und um eine passende Antwort in Form einer Interaktion für den emotionalen Ausdruck zu finden. Zeitgleich entwickelte Albert Pesso ein eigenständiges psychologisches Entwicklungs- wie auch störungsätiologisches Modell, orientiert am analytischen Theoriekonzept. Er konzentrierte sich mit seiner therapeutischen Arbeit zunehmend auf neurotische und psychiatrische Störungen. So entstand ein ganzheitliches körperorientiertes Therapieverfahren, welches vorwiegend mit Einzelnen in der Gruppe arbeitet. Die Pessos gründeten in New Hampshire eine therapeutische Praxis und ein Ausbildungsinstitut. PBSP® wird heute als selbständiges Verfahren in den Niederlanden anerkannt. Seit geraumer Zeit werden in zehn Staaten von Amerika, in den Niederlanden, Belgien, Schweiz, Norwegen, Dänemark und Deutschland zahlreiche Psychologen, Psychiater und Therapeuten in PBSP®/Pesso-Therapie ausgebildet.

Die Körperorientierung spielt eine wesentliche Rolle dieser Therapiemethode und findet sowohl bei der Informationsgenese zu Beginn der Therapieeinheit unter Bezugnahme auf das sog. „Leibgedächtnis“, als auch

beim sinnesbezogenen Erleben und Verankern der heilsamen neuen Erfahrung am Ende des Therapieprozesses statt.

Albert Pesso (1929 - 2016) war bis zuletzt international im Bereich Training und Psychotherapeutenweiterbildung aktiv. Neben der internationalen Ausbildung in PBSP®/Pesso-Therapie, führte ihn sein letztes großes Projekt im Mai 2010 mit Unterstützung der deutschen Entwicklungshilfeorganisation GTZ (Gesellschaftliche Zusammenarbeit) in den Kongo. Hier soll PBSP®/Pesso-Therapie verbreitet werden, um die Verarbeitung der vielen Traumata des Landes zu unterstützen. Bereits 14 Kongolesen haben mit der Ausbildung als PBSP®/Pesso-Psychotherapeut/in in den USA begonnen. Desweiteren wird die Verbreitung der Methode im Kongo von einem Team international zertifizierter PBSP®/Pesso-Therapeuten unterstützt (Pesso-Bulletin 2010, S.1f.).

Für Albert Pesso ist die menschliche Wahrnehmung, ein Resultat aller lebensgeschichtlichen Erfahrungen, die auch in den neuronalen Schaltkreisen des Gedächtnisses strukturell verankert sind.

Das Vorgehen des erlebnisorientierten Pesso-Verfahrens lässt sich mit den Ergebnissen der modernen Hirnforschung beschreiben, die besagt, dass virtuelles Erleben vergleichbare Erinnerungsspuren hinterlässt wie reales Erleben. Als eine der ersten Forscherinnen konnte Elisabeth Gould die Neurogenese im Hippocampus nachweisen. Bisher ging man davon aus, das Hirn benötige eine stabile stützende Struktur um Erinnerungen zu speichern und abrufbar zu machen. "Das Gegenteil ist aber plausibler:", so Gould, "Wenn Erinnerungen aus Erfahrungen gebildet werden, müssen diese auch eine Veränderung im Hirn hervorrufen können" (Gould 1999).

Folglich können neue positive Erlebnisse, die mittels PBSP®/Pesso-Psychotherapie generiert werden, unser Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Handeln positiv beeinflussen und reziprok unsere Neuroplastizität verändern.

2.1. Neurobiologischer Bezug

Bereits 1649 beschrieb der französische Philosoph René Descartes die vielfältigen Zusammenhänge zwischen äußeren Sinneswahrnehmungen und inneren Gedanken und Erinnerungen mit dadurch ausgelösten Emotionen und ihren körperlichen Auswirkungen. Damit ähnelt er dem modernen Stress-Modell, wobei er die Emotionen in den Mittelpunkt seiner Beschreibung seelisch-körperlichen Zusammenwirkens stellt. So waren bereits für Descartes frühe emotionale Belastungserfahrungen für die gesamte Lebenszeit eines Menschen im Gehirn verankert und würden aversive Verhaltensmuster generieren können (vgl. Ruegg 2007, Vorwort zur vierten Auflage).

Der Aspekt des Biologischen im psychosomatischen Gefüge, hat in den letzten Jahrzehnten eine beträchtliche Erweiterung erfahren. So betonen die neuen konnektionistischen Modelle², dass sich die Art des Denkens,

² Konnektionismus ist die Verbindungslehre (auch neuronales Modell), ein Forschungsansatz der Kognitiven Psychologie, der sich mit der Verknüpfung neuronaler Elemente und mit der Art und Weise befasst, wie sich dadurch höhere Kognitionen darstellen und erklären lassen.

Fühlens und Erinnerns in der zellulären Gehirnmorphologie manifestiert. Implizite Lernprozesse wie Stress oder traumatische Erfahrungen haben also strukturelle und funktionelle Veränderungen in den Verknüpfungen von Neuronen des Gehirns zur Folge (vgl. Berkefeld 2011). In den letzten Jahren neurobiologisch fundierter Psychosomatik wurde noch deutlicher, wie sehr psychosomatische Erkrankungen, insbesondere Schmerzkrankungen, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen, mit Veränderungen im Gehirn verbunden sind (Ruegg 2007, S. 19f.).

Nun stellt sich die Frage, wie genau psychotherapeutisches Handeln und Verhaltensänderungen neuronale Umstrukturierungen und damit neuroplastische Veränderungen im Gehirn bewirken. Die Antwort lautet: Transformation. Unsere Psyche (Worte, Gedanken und Vorstellungen) kann die neuronalen Netzwerke unseres Gehirns umstrukturieren, weil sie sogenannte neuronale Plastizität³ besitzt.

Auch für Karl Popper prägt „das Ich sein Gehirn“ (Popper/Eccles 1990, S. 560f.). Ebenso schreiben Vertreter psychoanalytischer Schulen wie Gerd Rudolf, dass im Verlauf einer Psychotherapie „pathogene (psychische) Strukturen (...) im Feuer der Übertragung umgeschmolzen werden“ (vgl. Rudolf 1998). Schmerzhaft oder emotionale Erlebnisse hinterlassen ihre unbewussten Gedächtnispuren im „emotionalen Gedächtnis“, also im Mandelkern des limbischen Systems (vgl. Bremner et al. 2003). Diese Gedächtnisinhalte werden letztlich gespeichert, weil die synaptische Datenübertragung zwischen bestimmten Neuronen in neuronalen Netzen effektiver wird. Es kommt sowohl zu biochemischen als auch strukturellen Veränderungen: Synaptische Proteine werden neu synthetisiert oder durch Anhängen von Phosphatgruppen (Phosphorylierung) modifiziert und schließlich verbreitern und verfestigen sich die synaptischen Kontakte zwischen den Neuronen oder es bilden sich zusätzliche Kontakte (Kandel 1991, S.1028, vgl. Fu 2011). Die Fähigkeit des Gehirns sich selbst zu verändern, also Neuroplastizität zu besitzen, ist für unsere geistige Gesundheit essenziell. Es bilden sich ständig neue Nervenzellen, die abgestorbene ersetzen (vgl. Song et al. 2002, Arnsten 2010, S.368f.). Wenn jedoch diese Neurogenese, dieser Selbstheilungsprozess, gehemmt ist, wie bei chronischem Stress, schrumpft die Hirnrinde im Hippocampus und anderen Hirnteilen, sie wird atrophisch (vgl. Jacobs et al. 2000).

Dies geschieht auch bei schweren affektiven Leiden, wie der „Major Depression“, sogar um bis zu 20%, wie mit Hilfe der Kernspintomographie (MRT) nachgewiesen wurde. Bei Depressiven ist darüber hinaus auch der Energiestoffwechsel und die Durchblutung in anderen Teilen des Großhirns verändert, wie beispielsweise im vorderen Rindfeld des Frontallappens (vgl. Manji et al. 2001).

2.2. Mehrwert von PBSP®/Pesso-Therapie für die Behandlung depressiver Störungen

Das menschliche Gehirn ist also neurologisch so konstruiert, dass die Gegenwart durch die gesammelten Auswertungen dessen wahrgenommen wird, was aus der Vergangenheit assoziativ gelernt wurde. Vereinfacht

³ Neuronale Plastizität meint die Eigenschaft von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen, sich in Abhängigkeit von der Verwendung in ihren Eigenschaften zu verändern. Abhängig vom betrachteten System spricht man von synaptischer Plastizität oder kortikaler Plastizität. Als Entdecker gilt der Psychologe Donald Olding Hebb. Er formulierte 1949 die Hebbsche Lernregel in „The Organization of Behavior“.

lässt sich formulieren: Der Akt des Wahrnehmens ist weitgehend ein Akt des Erinnerns. Auf dieser Prämisse basiert der Heilungsansatz der PESSO-Methode. Symbolisch werden neue befriedigendere Erinnerungen symbolisch kreiert, die den negativen Erfahrungen der Vergangenheit entgegenstehen: *„Change the history which creates the symptoms“ (Albert PESSO, mündlich 2011).*

Albert PESSO folgte der tiefenpsychologisch/psychodynamischen Annahme, dass unbewusste Konflikte der frühen Kindheit in der Tiefe des Unterbewusstseins weiter wirkten und unerfüllte Bedürfnisse im Erwachsenenleben fortwährend auf Erfüllung drängen. Beim Versuch der Psyche, diese alten Wirkmechanismen aufzulösen, können sogenannte „Wiederholungszwänge“ entstehen. Diese zeigen sich beispielsweise in wiederkehrenden unbefriedigenden Beziehungsmustern.

Die Besonderheit von PBSP®/PESSO-Therapie ist die unmittelbare emotionale Aktivierung signifikanter defizitärer Kindheitserfahrungen sowie die Möglichkeit, Zusammenhänge aktueller Konflikte und historischer Bezüge zu erleben und kognitiv einordnen zu können.

Aus Sicht der PBSP®/PESSO-Therapie, ist die depressive Symptomatik eine Reaktion auf unterschiedliche Auslöser, welche drei Kategorien zuzuordnen ist (siehe Punkt 3). Das PBSP®/PESSO-Verfahren greift diese in Form von erinnerten historischen Szenen auf und kehrt diese in heilsame Gegenbilder um, die so genannten „Antidoterfahrungen“.

Solche signifikanten Schlüsselszenen, in denen zentrale Grundbedürfnisse (siehe unten) frustriert wurden, können bei der therapeutischen Exploration wiedererinnert werden. *„Gefühle stellen den Link zur Geschichte dar. Indem wir die Gefühle im Erleben des Klienten bewusster spürbar machen, erinnern sie häufig Schlüsselszenen ihrer Lerngeschichte; die mit dem Fühlen im Hier und Jetzt assoziativ verknüpft sind. Das Wiedererinnern dieser schmerzlichen oder frustrierenden Szenen eröffnet den Weg ins heilende Gegenbild: ein Antidot mit Rollenspielen idealer Eltern, mit denen Klienten das spüren und erleben können, was sie damals in dieser spezifischen Situation gebraucht hätten“ (Leonhard Schrenker, mündlich 2011).*

Die PESSO-Therapie baut den Therapieprozess also nicht störungsspezifisch mit Hilfe eines vorgefertigten Therapieplans auf. Sondern ermittelt aus dem zu Beginn der Sitzung geschilderten aktuellen Problemerkennen oder -verhalten heraus, unerfüllte Bedürfnisse und kreiert gemeinsam mit der Klientin eine positive, heilsame Umkehrszene (Antidot). *„Wir gehen Schritt für Schritt vor, wobei wir zunächst gar nicht wissen, ob der nächste Schritt für den Klienten überhaupt gehbar ist. Es ist ein stufenweise fortlaufender Prozess des gemeinsamen Suchens, Findens und Verstehens. Wir suchen immer nach einer Fehlanpassung und entwickeln dann sofort eine gute Lösung“ (Michael Bachg, mündlich 2011).*

Fehlende positive Erfahrungen werden somit imaginativ und symbolisch nachgeholt. Die dadurch gereifte Persönlichkeit entwickelt bessere Möglichkeiten, mit Belastungen und Konflikten umzugehen und aufkommenden Stress zu bewältigen.

Oft schildern Klienten nach dem Erleben des „Antidots“, ihre Vermutungen, wie sie sich anders und optimaler hätten entwickeln können oder welche neuen Möglichkeiten das Erlebte für sie gefühlsmäßig eröffnet. Mit verschiedenen Techniken des Transfers stellt die Therapeutin den Bezug zum Ausgangsthema wieder her und entwickelt gemeinsam mit der Klientin neue Perspektiven für die Zukunft.

Zu Beginn der Therapiesitzung findet die Frage- und Explorationstechnik „Microtracking“ statt. Eine der Interventionstechniken hierbei ist die so genannte „Zeugenfigur“. Die Therapeutin deutet die Imagination eines unbeteiligten Beobachters mit der Hand in der Luft an, um Übertragungsphänomenen entgegenzuwirken. Sie leiht dem Konstrukt der Zeugenfigur gewissermaßen ihre Stimme und spiegelt der Klientin ihre bewussten und vorbewussten Emotionen im Zusammenhang mit dem ursächlichen Kontext wider. Die Therapeutin interpretiert die Mimik der Klientin und bezeugt diese beispielsweise folgendermaßen: „Wenn ein unbeteiligter Dritter, eine Art „Zeuge“ oder „Beobachter“ hier wäre, könnte er sagen: ‚ich sehe, wie wütend Du bist, wenn Du Dich an das Gespräch mit Deiner Kollegin erinnerst‘“. Bei der Klientin entsteht das Gefühl des Gesehen- und Verstandenwerdens, darüber hinaus erhält sie Zugang zu ihren gegenwärtigen Emotionen (vgl. Bachg 2004, Enticott 2008).

Eine weitere Besonderheit im therapeutischen Anfangsgespräch stellen die so genannten „inneren Stimmen“ dar, ein weiteres Konstrukt persontherapeutischer Interventionen. Sobald die Therapeutin negative Glaubensüberzeugungen bei der Klientin vermutet, formuliert sie diese als „Stimme“ und wiederholt das Gesagte zusammengefasst und in imperativer Intonation. *„Der Klient hört die Stimme von außen und kann prüfen, ob er sie als vertraut wiedererkennt. Er erinnert die mit dieser Stimme verknüpften repräsentativen Erlebnisse assoziativ und erkennt sie als Basis der Entstehung eines Musters“ (Michael Bachg, mündlich 2011).*

„Bei depressiven Patienten sind die inneren Stimmen sehr machtvoll. Hinter den Stimmen „des Misstrauens“, „der Aussichtslosigkeit“ und „der negativen Vorhersage“ in dem Sinne: „Alles ist sinnlos!“, „Traue niemandem!“, steckt oft die tiefe omnipotente Überzeugung: Nichts und niemand ist stark genug, um mich da rauszuholen“ (Leonhard Schrenker, mündlich 2011).

In Anbetracht der Tatsache, dass die Klientin ihre unbewussten Glaubenssätze laut von außen hört, wird sie sich dieser alten Wirkmechanismen bewusst. Die persontherapeutische Haltung erlaubt es der Therapeutin ihre Hypothesen mit der Klientin abzugleichen. Sie bezieht sie damit in das therapeutische Geschehen ein und aktiviert im Sinne der Humanistischen Psychologie deren Mitverantwortlichkeit am gemeinsamen therapeutischen Erfolg.

„Der Umgang mit Metakognitionen geht nicht dahin, sie umstrukturieren oder stoppen zu wollen, sondern deren Genese zu verstehen. Wenn der Klient sie laut von außen hört, besteht die Möglichkeit, dass er assoziativ Erlebnisse erinnert, deren Resultate die Grundlage für die Entstehung solcher Schlussfolgerungen waren, wie sie sich als erworbene generalisierte Grundüberzeugungen in den inneren Stimmen verfestigt haben“ (Michael Bachg, mündlich 2011).

Eine wichtige Rolle für die Behandlung depressiver Störungen spielt bei PBSP® der Körperbezug. Damit geht die PBSP®/Pesso-Therapie über rein kognitive Ansätze hinaus und bezieht die Körperebene mit nicht sprachlich abgespeicherten Erinnerungen, dem sog. „Leibgedächtnis“ mit ein. Hier fragt die Therapeutin die Klientin gezielt nach Körperwahrnehmungen oder interpretiert die Körperhaltung bzw. andere Körpersensationen für ihre Hypothesen.

Sobald die Klientin frustrierende Situationen ihrer Geschichte erinnert, findet eine Umkehrung statt, wie eine Art erste Vormerkung auf die folgende Antidotszene mit Personen und Gegebenheiten, wie die Klientin sie gebraucht hätte. Diese werden zunächst im Gespräch verbal formuliert. Bei diesen Umkehrungen wird genau auf die Wortwahl der Klientin geachtet. Diese wird aufgegriffen und fließt in die Umkehrung ein. Vergleichbar ist diese, wenngleich erlebnisorientierte Intervention, mit der kognitiven Umstrukturierung, welche sogenannte Gedankenfehler aufdeckt und mit neuen, positiven, konstruktiven Gedanken ersetzt (vgl. Fischer-Bartelmann 2005; vgl. Pesso 2008).

Besonderes Augenmerk legt die Pesso-Therapie auf das Erleben von Selbstwirksamkeit der Patientin. Beim gesamten Therapieschehen übernimmt die Klientin in Zusammenarbeit mit der Therapeutin die Regie und hat bei jedem Schritt die bewusste Wahl. Mit Unterstützung der Therapeutin lernt sie ihre Bedürfnisse zu spüren und für deren Erfüllung einzutreten. Sie kann explorieren Wünsche zu äußern oder den Vorschlägen der Therapeutin zu folgen oder auch nicht. Aus Sicht der Verhaltenstherapie stellt die Depression eine Form gelernter Hilflosigkeit dar. Dieser begegnet die PBSP®/Pesso-Therapie in dem sie der Klientin das Erleben von Selbstwirksamkeit ermöglicht und sie aktiv in die Steuerung des Therapieschehens einbezieht. Mehr noch, sie ist mitverantwortlich für den Therapieerfolg. *„Wir treffen in der Pesso-Arbeit gleich zu Anfang mit dem Klienten die Vereinbarung, dass wir zusammen arbeiten und beide für das gute Ergebnis des Prozesses verantwortlich sind“ (Michael Bachg, mündlich 2011).*

2.3. Imaginative Befriedigung entwicklungsspezifischer Grundbedürfnisse

Diese neuen, synthetischen Erinnerungen, die „Antidote“, werden von Therapeutin und der Klientin gemeinsam, imaginativ entwickelt und körperorientiert mit Kissen und Decken oder interaktiv mit Rollenspielern inszeniert. Daher können die neuen Erfahrungen mit mehreren Sinnen abgespeichert und besser erinnert werden. So soll die Klientin die heilsamen Bilder zum Beispiel visuell aufnehmen: *„Schau ihn Dir an, diesen Vater, den Du gebraucht hättest; damit Du sein Gesicht auf Deine Netzhaut bekommst.“* (Heidi Ramesh, mündlich 2011). Sowie auditiv aufnehmen, orientiert an der Wortwahl der Klientin. *„Man muss den Klienten in seiner Welt abholen, also mit seinen inneren Bildern und mit seiner Sprache arbeiten“* (Almuth Roth-Bilz, mündlich 2011). Falls möglich, auch körperlich spürbar, etwa in Form einer haltenden Hand oder Umarmung durch die Gruppenteilnehmer/innen, wenn die Klientin das in dem Augenblick zulassen möchte.

„Antidot-Szenen mit Rollenspielern in der Gruppe sind deshalb so wirksam, weil die Klienten im heilenden Gegenbild, reale, körperlich-emotionale Interaktionen erleben, die es ihnen ermöglichen das fühlend aufzunehmen, was sie damals gebraucht hätten. Solche Erfahrungen prägen sich tiefer ein, als Antidote, die nur in der Vorstellung kreiert werden. Hinzu kommt, dass auch die anderen Teilnehmer der Gruppe, sei es als Rollenspieler

oder als passive Gruppenmitglieder, durch ihr Miterleben der Szene sehr viel für sich profitieren“ (Leonhard Schrenker, mündlich 2011).

Wie wirksam bereits das sprachliche Aufnehmen positiver Suggestionen ist, zeigten schon in den 60er Jahren die Erfolge der Autosuggestionstechniken von Emile Coué oder Laura Huxley, welche zu mittel- und langfristigen Veränderungen in der synaptischen Verknüpfung neuronaler Netzwerke führen (vgl. Huxley 1963).

Auf den enormen Einfluss positiven oder negativen Denkens weist auch der österreichisch-britische Philosoph Sir Karl Raimund Popper hin. Er schreibt, neuronale Verknüpfungen würden durch positive Überzeugungen und positives Denken zweifelsohne anders verändert, als durch das für Depressionen typische negative Gedankenkreise. Dieses geht mit Gefühlen der Angst vor der Zukunft, vor Erkrankung, Verarmung etc. einher. So lösen angstvoller Stress oder konditionierte Angst auf dem Weg einer Erhöhung der CRH⁴-Produktion, psychische Störungen aus. Während positives Denken und das „Prinzip der Hoffnung“ Stressreaktionen und Schmerz ebenfalls durch Veränderung neuronaler Netzwerke mindern. Auch die Wahrnehmung von Schmerz hängt von unserer mentalen Einstellung ab (vgl. Koyama et al. 2005).

Bereits das ständige Denken an traurige Erlebnisse induziert Traurigkeit, die mit einer erhöhten Aktivität in den neuronalen Schaltkreisen im Mandelkern, im präfrontalen Kortex und im Gyrus cinguli einhergeht und sich vermutlich durch Veränderung dieser plastischen Strukturen ins Gedächtnis gräbt. Offenbar werden körperliche und seelische Qual in der gleichen Hirnstruktur repräsentiert.

Ebenso werden die gleichen neuronalen Verknüpfungen auch durch Störungen im Stoffwechsel gewisser Neurotransmitter wie Serotonin oder Noradrenalin, so verändert, dass das Gefühlsleben und das Denken gestört sind. So entstehen depressive Verstimmungen, bei denen sich die genannten Ängste oder sogar Wahnvorstellungen bilden. Es gibt also eine reziproke psychophysische Wechselbeziehung unseres sprachlich kodierten, verbalen Denkens und Glaubens, welche durch Lernprozesse neuronale Netzwerke, etwa im Präfrontalkortex, verändern. Und diese wiederum beeinflussen unser Denken und Fühlen (vgl. Fields 2011).

Die Klientin kann die Wirkung des Antidots intensivieren, in dem sie die körperlichen oder mit den Sinnen wahrgenommenen Antidot-Erinnerungen so oft wie möglich, etwa beim Einschlafen oder Aufwachen, rekapituliert. Nicht nur die Kraft des Wortes und der Gedanken, auch nicht verbalisierte Erinnerungen und Imaginationen sind von wesentlicher Bedeutung für die psychische Gesundheit.

PET⁵-Studien belegen, dass bei der Erinnerung an ein bekanntes Gemälde die gleichen Strukturen des visuellen Systems aktiv werden, die auch beim realen Betrachten aktiviert werden (Schwartz/Begley 2003, S. 213). Die Verbindungen zwischen den unterschiedlichen hierarchischen Ebenen des visuellen Systems sind also reziprok (Kandel 2000, S.1277).

⁴ Das Corticotropin-releasing Hormone (CRF) scheint bei vielen zentralen und peripheren Prozessen involviert zu sein, wie der Psyche, dem kardiovaskulären System, dem Entzündungsgeschehen uvm.

⁵ Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ist ein bildgebendes Verfahren der Nuklearmedizin, das Schnittbilder von lebenden Organismen erzeugt, indem es die Verteilung einer schwach radioaktiv markierten Substanz (Radiopharmakon) im Organismus sichtbar macht und damit biochemische und physiologische Funktionen abbildet.

Antidotszenen in Form von positiven Gedanken, Worten und Vorstellungen, können also neuronale Netzwerke verändern und damit „Top down“-Mechanismen in Gang setzen, welche die Effekte von krank machenden negativen Vorstellungen und Fiktionen kompensieren. Nach heutigem Stand der Forschung gibt es sogar direkte deszendierende Bahnen vom Neokortex (Präfrontal- und Inselkortex) zum Hypothalamus bzw. zu den „sympathischen Zentren“ der medulla oblongata, ja sogar zu präganglionären Sympatikusneuronen im Rückenmark (Rosenkranz et al. 2003, S. 11148-11152, vgl. Fu 2011).

Die Pesso-Methode kreiert also neue bedeutsame Erlebnisse zusätzlich zu den lebensgeschichtlichen Erfahrungen, die die Persönlichkeit prägen und schafft neue, positive Erinnerungen die die Klientin stärken.

"Eine positive Erfahrung, die ausschließlich in der Gegenwart stattfindet, bewirkt keine grundlegende Änderung, solange die Defiziterfahrungen im Gedächtnis noch vorhanden sind. Deshalb transportieren wir in der Pesso-Therapie das Antidot immer in die Vergangenheit. Ändere ich nicht die Erfahrungen der Vergangenheit durch ein Antidot, so bleiben diese negativen Erfahrungen im Gedächtnis und werden immer wieder virulent, wenn es entsprechende Auslöser gibt" (Almuth Roth-Bilz, mündlich 2011).

3. Problem- bzw. lösungsorientierte Behandlung von Depressionen mit PBSP®/Pesso-Therapie

Aus Sicht der Pesso-Therapie lassen sich depressive Symptome als Folge von Defiziten in der Erfüllung maßgeblicher Grundbedürfnisse bzw. als eine Folge von Verlusten sehen.

Zweitens können depressive Symptome Folge von Löchern im Familiengefüge (sog. „Holes in Roles“) sein, oder drittens einen Abwehrmechanismus darstellen, um die ungebundenen Lebenskräfte „Aggression“ und „Sexualität“ zu drosseln. *„Was bei einem Patienten an negativer Lebenserfahrung vorhanden ist, wird in PBSP individuell durch ein maßgeschneidertes Antidot geheilt, nach dessen persönlichen Vorstellungen und Werten“* (Almuth Roth-Bilz, mündlich 2011).

Die konkreten Ursachen depressiver Störungen sind selbstverständlich mannigfaltig und die Therapiearbeit und persönlichen Lösungsansätze bei depressiven Patienten verlaufen unterschiedlich. *You must see, what the source is and on that depends the therapy. Teaching coping is good, but the origin must be threatened* (Albert Pesso, mündlich 2011).

Unser Gehirn passt sich ständig den Erfordernissen seines Gebrauchs optimal an, wobei neuronale Netzwerke reorganisiert werden, neue synaptische Verbindungen zwischen den Neuronen geknüpft und bereits bestehende wieder gelöst werden können. *„Die Depression ist irgendwann einmal eine gute Lösung gewesen. Die Frage ist: Welche Art Lösung war die Depression für welches Problem? Nach der Pesso-Methode suchen wir, welche bessere Lösung möglich ist. Dann geht es darum, eine neue positive Erfahrung zu machen“* (Sabine Löffler, mündlich 2011).

„In der Pessso-Therapie suchen wir die ursächlichen Lebensumstände und ein entsprechendes Antidot. Dies kann die der Depression zugrunde liegenden Lebensumstände und die daraus resultierenden Erwartungen positiv verändern“ (Almuht Roth-Bilz, mündlich 2011).

3.1. Ursache: Verluste oder Defizite bei Grundbedürfnissen

Die Pessso-Arbeitsweise geht von fünf Grundbedürfnissen aus, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Entwicklung eines Menschen eine entsprechende Passform benötigen, um ausreichend erfüllt zu werden. Findet sich eine positive Antwort für das Bedürfnis, so kann dieses internalisiert werden. Das erste und grundlegendste Bedürfnis für einen Säugling ist es „einen guten **Platz** zu haben, also willkommen und gewollt zu sein in der Welt und in der Familie. „**Nahrung**“, das zweite Grundbedürfnis, bedeutet gute Bindung in Form von Nähe, Geborgenheit und ausreichend körperlicher Versorgung zu erleben. Darüber hinaus benötigen Menschen in ihrem Heranwachsen ausreichend „**Schutz**“, „**Unterstützung**“ und auch „**positive Begrenzung**“ (vgl. Fischer-Bartelmann 2005).

Exemplarisch sei das zentrale und spezifische Bedürfnis nach einem guten „Platz“ herausgegriffen. Kinder spüren von Anfang an, ob sie erwünscht oder unerwünscht sind, ob es einen guten Platz für sie in der Familie gibt oder nicht. Die frühkindliche positive Bindung zur Mutter ist von allergrößter Wichtigkeit für die kindliche Entwicklung, wie es auch die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie besagt. Nur eine „Gut-genug-Mutter“, wie Winnicott schreibt, nehme dem Kleinkind die Trennungsängste und stärke Selbstvertrauen und das Vertrauen in die Umwelt, um auch im späteren Leben mit Trennungen und Verlusten gut gehen zu können (vgl. Pessso 2008).

Kann sich eine solche basale Zuversicht nicht entwickeln, weil das Kind unterschwellig Ablehnung spürt, leidet das Kind stark an Trennungsängsten, reift wenig belastbar heran und wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer labilen, leicht verwundbaren und möglicherweise depressiven Persönlichkeit heranwachsen. Verlusterlebnisse werfen solche Kinder auch noch als Erwachsene leicht aus dem seelischen Gleichgewicht. So gehören drohender oder aktueller Verlust von bedeutsamen Personen oder Dingen wie Bezugspersonen, Arbeitsplatz oder Besitz zu den mächtigsten Stressoren. Wie wichtig die körperliche Zuwendung in Form von Streicheleinheiten einer Bezugsperson auch für die körperliche Entwicklung des Kleinkindes ist, haben schon Harlows Versuche in aller Deutlichkeit gezeigt (vgl. Harlow 1958). Fehlen Berührungsreize, werden wichtige Enzyme des Stoffwechsels nicht in ausreichender Menge produziert, so dass der Organismus nur unzureichend auf die stimulierende Wirkung von Wachstumshormonen anspricht (vgl. Ruegg 2007). *„Die Entstehung depressiver Störungen setzt meiner Erfahrung nach sehr früh ein. Da ist das erste Lebensjahr schon von großer Bedeutung. Wenn Kinder eine gesunde Schwangerschaft durchlaufen, kommen sie mit einem großen Vertrauen auf die Welt und sind bereit, sich den Eltern bedingungslos zu öffnen. Sind Mütter aufgrund eigener massiver Belastungen oder psychischer Störungen nicht in der Lage, ihren Säuglingen und Kleinkindern ein gutes Bindungs- und Versorgungsverhalten anzubieten, wird nicht nur das Vertrauen dieser Kinder in die Öffnung und Hingabe geschädigt, es kann sogar die innere Kategorie, dass es liebevolle Versorgung überhaupt geben kann, zerstört werden. In vielen Fällen zieht sich dieses Thema schon durch mehrere Generationen. In der therapeutischen Arbeit muss*

dann eine solche glaubwürdige Kategorie, dass es liebevolles Versorgtsein und liebevolle Verbundenheit geben kann, wieder aufgebaut werden“ (Leonhard Schrenker, mündlich 2011).

Depressive Symptome basieren also auf einem Defizit eines oder mehrerer Grundbedürfnisse oder auf nicht überwundenen Verlusten, wie etwa dem Verlust eines geliebten Menschen, dem Verlust angenehmer Lebensumstände und vieles mehr. So können Resonanzphänomene von Verlusten im Erwachsenenalter Parallelen in der früheren Geschichte haben. *„Wo Energie ist, ist Geschichte“*, so Albert Pesso. Und dieser Energie folgt die Pesso-Therapeutin. Es werden die Bedürfnisse nachträglich erfüllt und die schmerzlichen Verluste verhindert. Es wird also eine neue Geschichte geschrieben und symbolisch eine neue heilsame Erinnerung kreiert.

3.2. Ursache: Löcher im Rollengefüge der Ursprungsfamilie, die sog. „Holes in Roles“-Theorie

Desweiteren ist depressive Symptomatik aus Sicht der PBSP®/Pesso-Therapie oft eine Folge von „Holes in Roles“, sogenannten „Löchern im Rollengefüge der Familie“. Dies bedeutet, dass signifikante Rollenfiguren im Leben eines Kindes, nicht die notwendige Verantwortung für die Versorgung des Kindes übernommen haben. Ursache können eigene Verluste und Defizite also „Holes in Roles“ der Bezugsperson sein. *„Die Eltern depressiver Klienten sind oft wenig bindungsfähig. Ich erinnere das Fallbeispiel eines Klienten, dessen Mutter für ihre Haustiere liebevoller gesorgt hat, als für ihn. Solche Eltern hatten oft ihrerseits ein beziehungsunfähiges Elternhaus und somit ein „Holes in Roles“-Thema und ein „Platz-Defizit. Da sich diese Unfähigkeit, liebevoll für Kinder sorgen zu können, oft durch mehrere Generationen zieht, erleben es Klienten oft sehr hilfreich und entlastend, wenn wir zum Beispiel für deren Eltern oder Großeltern eine neue Geschichte kreieren, in der diese als Kinder liebevoll versorgt und geschützt mit idealen Eltern aufwachsen“ (Leonhard Schrenker, mündlich 2011).*

Andere Ursachen für die Entstehung von Löchern im Rollengefüge der Familie können abwesende oder durch Krankheit geschwächte Familienmitglieder sein. Wenn beispielsweise ein Elternteil die Familie verlässt oder ein Kind verstirbt, neigen Kinder unbewusst dazu, die unbesetzte Rolle auszufüllen und etwa der alleingelassenen Mutter „der unterstützende Partner“, dem frustrierten Vater „die perfekte kleine Partnerin“ zu sein oder ein verstorbene Geschwister zu ersetzen.

Die Holes in Roles-Theorie besagt, dass ein Großteil der Kinder, welche bei ihren Bezugspersonen signifikante Verletzbarkeit oder Schwäche wahrnehmen, darauf mit Rücksichtnahme und Mitgefühl reagieren. Sie halten einen Großteil ihrer Energie zurück und muten sich den Eltern nicht in ihrer Gänze zu. *„Oft tragen depressive Patienten die Angst in sich, in ein schwarzes Loch zu fallen. Es geht um eine Empfindung von Haltlosigkeit. Niemand riskiert eine Beziehung ohne Fundament. In den Anamnesen dieser Patienten zeigt sich immer wieder, dass sie als Kinder Angst hatten, für ihre Bedürfnisse einzutreten oder Ärger zu zeigen. Sie fürchteten, die Beziehung zur Bezugsperson breche ab, weil sie dies immer wieder erlebt haben. Klienten ohne dem emotionalen Grundvertrauen, dass ein Beziehungsgeschehen hält, brauchen zuerst einen „Nachreifungsprozess“, für die basalen Bedürfnisse der ersten Lebensjahre, in Form von Interaktionen in denen das Kind sicheren Halt erlebt, sich gesehen und genährt fühlt und so weiter“ (Leonhard Schrenker, mündlich 2011).*

Bei diesen Kindern wird, durch die Wahrnehmung des Leidens der geliebten Bezugsperson, die Fähigkeit Mitgefühl zu empfinden, zu früh erweckt und zu stark in Anspruch genommen. Das Kind schlüpft sozusagen in eine Erwachsenenrolle zur Unterstützung der Bezugsperson, anstatt die für sein Heranwachsen notwendigen Bedürfnisse zu spüren und erfüllt zu bekommen. Es entsteht ein Muster, sich um die Bedürfnisse anderer zu kümmern und die eigenen zu vernachlässigen. Klienten mit Holes in Roles-Thematik können oft schlecht Unterstützung oder Hilfe annehmen, was sich oft auch in der Abwehr von Antidoten widerspiegelt (vgl. Pesso 2008). *„Wir arbeiten mit Befriedigungen und wenn Klienten diese nicht annehmen können, nutzen wir die Holes in Roles-Hypothese“ (Michael Bachg, mündlich 2011).*

Ist eine Klientin in ihrer Lebensgeschichte also in fremde Rollen geschlüpft und hat die Versorgerrolle für eine Bezugsperson übernommen, kommt die persontherapeutische Intervention „Filme“ zur Anwendung.

„Filme“/„movies“ eine personspezifische Intervention unter Berücksichtigung der Mehrgenerationenperspektive

Um die Klientin aus dieser nicht zu ihr gehörenden alten Verantwortlichkeit zu entheben, die sie womöglich sogar über den Tod der betreffenden Person/en hinaus mit sich trägt, werden symbolisch mit kleineren Gegenständen auf dem Boden ideale Situationen inszeniert. Also vor dem Auge der Betrachterin „Filme gedreht“. Es werden Szenen aufgebaut, in denen das betreffende Familienmitglied nachträglich gut versorgt wird. Klienten können meist gut benennen, zu welchem Zeitpunkt ihre Eltern welche Lebensumstände gebraucht hätten. Zum Beispiel, dass die Mutter zu Friedenszeiten hätten geboren werden sollen, in einer Familie mit ausreichend finanzieller Sicherheit und der Möglichkeit eine Ausbildung zu absolvieren und so weiter. So entstehen oft eine Reihe von Filmen für die Versorgung eines oder beider Elternteile, die wie kleine Inseln einer jeweiligen Geschichte auf der Bühne der Struktur liegen und für den Klienten sichtbar und erinnerbar werden. Oftmals finden sich ihrerseits Holes in Roles bei den Bezugspersonen, insbesondere wenn Kriegs- oder Nachkriegserfahrungen erlebt wurden. Hier können Filme zweiter Ordnung, also Lösungen für die Eltern der Eltern generiert werden und so weit in der Generationenfolge zurückreichen, wie die Klientin es erinnert oder als wichtig empfindet.

Diese symbolische Inszenierung zeigt äußerst große Wirkung auf die Klienten, die einerseits stark berührt sind, ihren Bezugspersonen endlich Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Sie sprechen aber auch von großer Entlastung, wenn beispielsweise symbolische ideale Eltern für die Bezugsperson sorgen und damit die Klienten aus ihrer langjährigen, überfordernden Verantwortung entlassen werden. So schließen sich die Lücken im Rollengefüge der Familie und die Geschichte erfährt nachträglich Heilung und Gerechtigkeit (vgl. Fischer-Bartelmann 2005). Die Klientin kann wieder in Kontakt mit ihren Bedürfnissen kommen und herausfinden, wer sie wirklich ist, da ihr Blick nicht mehr in erster Linie auf die Bedürfnisse anderer gerichtet ist.

3.3. Ursache: Abwehr von Sexualität und Aggression

Wie schon für Sigmund Freud müssen auch für Albert Pesso die Kernkräfte des Lebens: „Aggression“ und „Sexualität“ beim Heranwachsen adäquat integriert werden, damit Menschen nicht in unbegrenzter Form

zerstören und unbegrenzt sexuelle Triebe ausleben. Diese Grundkräfte, im Freudschen Sprachgebrauch das „Es“, steuern das gesamte Leben in positiver Weise, wenn sie infolge liebevoller elterlicher Interaktionen während unseres Reifungsprozesses integriert und zu einer Einheit gebracht wurden. Gab es dafür allerdings keine gute Passform (z.B. in Form von positiver Begrenzung), können Größenphantasien entstehen, im Sinne von: „Ich bin der Eine und Einzige“, „Ich brauche niemanden“, „Niemand ist mir gewachsen“. Die Folge ist narzisstische Isolation.

Ungebunden werden diese Kräfte später als gefährlich und ängstigend erlebt und müssen mittels depressiver Symptome abgewehrt und zurückgehalten werden. Unser Unterbewusstsein versucht zu verhindern, dass die Dinge außer Kontrolle geraten und bremst die Triebe und jede Form von Energieausdruck mittels depressiver Dissoziation ab (vgl. Pesso 2008). *„Depression wirkt wie eine Coping-Strategie, um omnipotente Emotionen daran zu hindern nach außen und damit in Interaktion mit der Umwelt zu treten. Es handelt sich um eine Ausbalancierung der Dynamik omnipotenter Gefühle“ (Michael Bachg, mündlich 2011).*

Auch wenn die Abwehr von Aggression und Sexualität die Ursachen für das Entstehen depressiver Symptome sind, wird mit „Filmen“ und mit der Inszenierung von Antidot-Szenen gearbeitet. Die Klientin wird aus ihrer omnipotenten Isolation befreit, in dem ihre als schwach und unterlegen erlebten Bezugspersonen im Nachhinein durch „Filme“ mit all dem versorgt werden, was sie gebraucht hätten, um zu den Eltern zu werden, die der Klientin all das hätten geben können, was sie für ihre Entwicklung gebraucht hätte.

4. Fazit

Die Therapiemethode PBSP® lässt sich im Licht aktueller Ergebnisse der Hirnforschung betrachten, insbesondere dem Konzept der Neuroplastizität. Dieses besagt, dass das Gehirn seine Struktur und seine damit zusammenhängenden Funktionen laufend verändert und den erlebten Erfahrungen in Form von Verstärkung synaptischer Verbindungen zwischen Neuronen anpasst.

Frühkindliche Erlebnisse der Geborgenheit oder der Ablehnung, kurz alles, was wir seit unserer Geburt erleben, prägt uns und verändert unsere neuronalen Netzwerke. Die psychische Belastbarkeit hängt ab von früheren Erfahrungen, die sich in unser Gedächtnis eingraben und gewissermaßen gelernt werden. *„Was der Seele Halt gibt, damit sie Resilienz entwickeln kann, sind innere Bilder, die wir gespeichert haben oder auch nicht. Und das kann man nur mit einem genau angepassten Antidot verändern“ (Almuth Roth-Bilz, mündlich 2011).*

Alle Erfahrungen und Lernprozessen haben eine Veränderung plastischer synaptischer Verbindungen im Nervensystem zur Folge. Fanden diese latenten emotionalen Erinnerungsspuren vor dem Spracherwerb statt, kann sich der Mensch nicht bewusst, in artikulierten Gedanken, erinnern. Die Pessa-Methode greift in diesem Fall das Körpergedächtnis auf und sucht gemeinsam mit der Klientin nach Ursachen und Lösungen.

Diese Suche findet mit Hilfe der therapeutischen Frage-/ bzw. Explorationstechnik „Microtracking“ statt. Hier finden sich die Interventionen „Zeugenbotschaften“ und „innere Stimmen“.

Das Hilfskonstrukt des unbeteiligten Beobachters, die sogenannte „Zeugenfigur“, die die Therapeutin mit der Hand in der Luft andeutet, spiegelt die in der Mimik sichtbaren Emotionen der Klientin wider und holt diese in den bewussten Bereich. Darüber hinaus wird die Klientin mit ihren unbewussten, negativen Glaubensüberzeugungen konfrontiert, den sogenannten „inneren Stimmen“, die die Therapeutin in Form von Hypothesen laut ausspricht und überprüfbar macht. Dadurch tauchen Erinnerungen als gefühlsmäßige Pendants aus der Kindheit auf und die Klientin erlebt Zusammenhänge ursächlicher Schlüsselszenen mit aktuellen Konfliktsituationen. Solche historischen Szenen, in denen die Grundbedürfnisse nach „Platz“, „Nahrung“, „Schutz“, „Unterstützung“ und „Begrenzung“ frustriert wurden, werden in der Folge in ihr positives Gegenteil umgekehrt und als Antidot symbolisch inszeniert und erlebt.

Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP®) schafft neue symbolische Erinnerungen, die als heilsames inneres Bild im Gedächtnis bleiben, um die lähmenden Wirkungen der defizitären Lebensgeschichte auszugleichen. Das Verfahren wendet sich demnach der Ursache der Entstehung von Depressionen zu. Die Klientin versteht kognitiv und emotional die Zusammenhänge ihrer depressiven Reaktionen mit ursächlichen Schlüsselszenen ihrer frühen Geschichte. Nicht nur verbal, sondern auch körperlich abgespeicherte Erfahrungen werden aufgegriffen („Leibgedächtnis“) und in positive neue Erinnerungen umgewandelt. Die Klientin erhält neue innere Bilder eines idealen Vaters und einer idealen Mutter und ggfs. weiterer idealer Personen, die ihre Grundbedürfnisse erfüllen. Es finden nachträglich tragfähige Beziehungserfahrungen statt, so dass Vertrauen und Optimismus entstehen können. Die Klientin erlebt sich als selbstwirksam, in dem sie mit der Therapeutin zusammen jeden einzelnen Therapieschritt abgleicht und Entscheidungen trifft. Wenn Klienten in ihrer frühen Entwicklung in fremde Rollen geschlüpft sind, können sie sich mit Hilfe der Intervention „Filme“, aus diesen fremden Verantwortungen und Rollen lösen und den Menschen, an die ihr Mitgefühl gebunden war, nachträglich Gerechtigkeit widerfahren lassen.

Diese neuen Erinnerungen, körperorientiert abgespeichert mit verschiedenen Sinneseindrücken, prägen dann zusammen mit unseren lebensgeschichtlichen Erfahrungen unsere Persönlichkeit, unsere Resilienz und unsere Sicht auf die Welt. So ist es jederzeit im Leben möglich, weitere Basisressourcen zu generieren und damit depressive Symptome zu lindern und mehr Lebenszufriedenheit zu gewinnen.

5. Danksagung

Ich danke meinen Lehrern Albert Pesso, Lowijs Perquin und Michael Bachg für all das, was sie mir mitgegeben haben, für ihre Unterstützung und ihr Zutrauen. Mein Dank gilt auch meinen Supervisoren Leonhard Schrenker, Barbara Fischer-Bartelmann und Heidi Ramesh sowie meinen langjährigen Co-Therapeuten Dr. Richard Hagleitner und Dr. Maria Rothhammer. Ebenso meinen Kollegen der langjährigen Intervisionsgruppe in München, den Interviewpartnerinnen und allen Organisatoren der CIP Akademie in München und des Albert Pesso Instituts in Osnabrück.

6. Literatur

- Ärzteblatt online vom 23.02.2017:** <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73297/WHO-Millionen-leiden-an-Depressionen>
- Arnsten A./Paspalas, C./Gamo, N./Yang, Y./Wang, M. (2010): Dynamic Network Connectivity: A new form of neuroplasticity. In: Trends in Cognitive Sciences, Volume 14, Issue 8, S. 365-375**
- Bachg, M. (2004) :** Microtracking in der Pesso-Therapie: Brückenglied zwischen verbaler und körperorientierter Psychotherapie. In: Psychotherapie 9. Jahrgang. 2004, Bd. 9, Heft 2, CIP-Medien, München.
- Berkefeld, A/ Schmidt, H./Braus, D.: (2011):** Neurobiological correlates of social exclusion and social pain. Embitterment: Societal, psychological, and clinical perspectives. Linden, M./Maercker, A. (Ed.); pp. 101-117. New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing, 2011, 328 pp.
- Bremner, J.D./Vythilingam, M./Vermetten, E./Southwick, S.M./McGlashan, T./Nazeer, A./Khan, S./Vaccarino, L.V./Soufer, R./Garg, P.K./Ng, C.K./Staib, L.H./Duncan, J.S./Charney, D.S. (2003):** MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic disorder. *Am J Psychiatry*; 160. S. 924-932.
- Enticott, G/Johnston, P./Herring, S./Hoy, E./Fitzgerald, B. (2008):** Mirror neuron activation is associated with facial emotion expressing. In *Neuropsychologia* 46: 2851-2854.
- Fields, R. Douglas (2011):** Imaging learning: The search for a memory trace. *The Neuroscientist*, Vol 17(2), pp. 185-196.
- Fischer-Bartelmann, B. (2005):** Einführung in die Pesso-Therapie. In: S.K.D. Sulz, L. Schrenker und C. Schricker (Hrsg.): *Die Psychotherapie entdeckt den Körper - oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* CIP-Medien, München, S. 277-301.
- Fu, M./Zuo, Y. (2011):** Experience-dependent structural plasticity in the cortex. *Trends in Neurosciences*, Vol 34(4), pp. 177-187.
- Gould, E., et.al. (1999):** Neurogenesis in the Neocortex of Adult Primates. *Science*, S.548 - 552.
- Harlow, H. (1958):** The nature of love. In: *American Psychologist*, 13, S. 573-685.
- Hautzinger (2008):** Psychotherapie der Depression. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Schwerpunkt Depression*, 51, 422-429.
- Huxley, L.A. (1963):** *You are not the target.* New York: Farrar, Straus & Co.
- Jacobs, B.L./Praag, H./Gage, F.H. (2000):** Adult brain neurogenesis and psychiatry: a novel theory of depression. *Mol Psychiatry*; 5: S.262-269.
- Kandel, E.R. (1991):** Cellular mechanisms of learning and the biological basis of individuality. In: Kandel, E.R.; Schwartz, J.H.; Jessel, T.M. (eds). *Principles of Neural Science*. 3rd ed. New York, Amsterdam, London, Tokyo: Elsevier; 1009-1031.
- Kandel, E.R. (2000):** Cellular mechanisms of learning and the biological basis of individuality. In: Kandel, E.R., Schwartz, J.H.; Jessel, T.M. (eds). *Principles of Neural Science*. 4th ed. New York: McGraw-Hill (Health Professions Division); 1209-1226.
- Koyama, T./McHaffie, J.G./Laurenti, P.J./Coghill, R.C. (2005):** The subjective experience of pain: where expectations become reality. *Proc Natl. Acad Sci US*; 102: S. 12950-12955.
- Manji, H.K/Drevets, W.C./Charney, D.S. (2001):** The cellular neurobiology of depression. In: *Nature Medicine*; 7: 541-547.

- Pesso, A.** (2008): Die Bühnen des Bewusstseins Oder: Werden, wer wir wirklich sind. München. CIP-Medien.
- Pesso, A.** (2011). Interview.
- Pesso-Bulletin** (2010): Mitteilungsorgan der Pesso-Vereinigung Schweiz/Deutschland PVSD. 09-2/10-1: S.1f.
http://www.fischer-bartelmann.privat.t-online.de/PVSD/Newsletter/10-1/Newsletter_09-2_10-1.pdf
- Popper, K.R./Eccles J.C.** (1990): Das Ich und sein Gehirn. 9. Auflage. München. Piper.
- RKI Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. RKI. Berlin, S. 14.
- Roediger, E.** (2009): Praxis der Schematherapie. Schattauer Verlag. Stuttgart.
- Rosenkranz, M.A./Jackson, D.C./Dalton, K.M./Dolski, I./Ryff, C.D./Singer, B.H./Muller, D./Kalin, N.H./Davidson, R.J.** (2003). Affective style and in vivo immune response: neurobehavioral mechanisms. Proc Natl Acad Sci USA; 100, S. 11148-11152.
- Rudolf, G.** (1998): Neuronale Plastizität und Psychosomatik (2). In: Haux, R.; Bauer, A.W.; Herzog, W.; Rüegg J.C.; Windeler, J. (Hrsg). Wissenschaftlichkeit in der Medizin. Teil III: Physiologie und Psychosomatik. Versuche einer Annäherung. Frankfurt a.M.: VAS; 121-130.
- Ruegg, J.C.** (2007): Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. Schattauer Verlag. Stuttgart, New York.
- Schwartz, J. M.; Begley, S.** (2003): The Mind and the Brain. Neuroplasticity and the power of mental force. New York: Regan Books, Harper Collins Publishers.
- Song, H.J./Stevens, C.F./Gage, F.H.** (2002): Astroglia induce neurogenesis from adult neural stem cells. Nature; 417. S. 39-44.
- Winnicott, D.W.** (1965): The Maturation Process and the Facilitating Environment. London: Hogarth.

Zitate:

- **Bachg, Michael:** Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, zertifizierter PBSP-Trainer und Supervisor, Am Sunderbach 5, 49205 Hasbergen.
- **Löffler, Sabine:** Dipl.-Psych., Familientherapeutin, PBSP-Supervisorin, Schillerstr. 114, 86161 Augsburg.
- **Ramesh, Heidi,** Heilpraktikerin, Paartherapeutin, PBSP-Therapeutin, Habsburgerplatz 3, 80801 München.
- **Roth-Bilz, Almuth:** Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, zertifizierte PBSP-Supervisorin, Urachstrasse 25, 79102 Freiburg.
- **Schrenker, Leonhard:** Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, international zertifizierter PBSP-Trainer u. Supervisor, Habsburgerplatz 3 80801 München.

Internet-Informationen:

- Homepage von Albert Pesso: www.pbsp.com
- Pesso-Arbeitsgemeinschaft Deutschland: www.pesso-therapie.de
- und Literatur zum Download: <http://www.pesso-therapie.de/html/literatur.html>
- Homepage von Dorothea Habicht: www.dorothea-habicht.de

Korrespondenzadresse

Dorothea Habicht, M.A.

Wotanstraße 86 | 80639 München

E-Mail: info@dorothea-habicht.de Homepage: www.dorothea-habicht.de www.habicht-coaching.de