

*ALMUTH ROTH-BILZ*

## **PESSO- EINZELPSYCHOTHERAPIE**

### **EIN BERICHT AUS DER PRAXIS**

**Pesso-Psychotherapie** ist eine Gruppentherapie, gleichzeitig auch ein Denkmodell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie von psychischen Störungen und Traumata, ein theoretisches Modell, das mit den Ergebnissen der modernen Hirnforschung übereinstimmt (DENEKE 2001), und das durch die Annahme eines *genetischen Gedächtnisses* unsere biologische Basis mit einbezieht. Vor allem hält es durch den *Antidot* ein Heilungsmodell bereit, das auf der **Wirkung symbolischen Erlebens** aufbaut, die ebenfalls durch die moderne Hirnforschung bestätigt wird (etwa bei DENEKE: die Wirkung „virtuellen Erlebens“, oder HANSER 2002).

In meiner nun 30jährigen Erfahrung als Psychotherapeutin mit verschiedenen Therapiemethoden (Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie) hat sich PBSP als das mir am meisten einleuchtende und effizienteste Modell erwiesen. Ich arbeite seit 8 Jahren mit 1-2 fortlaufenden Pesso-Therapiegruppen. Und nachdem ich in meinen Gruppen hinsichtlich der Effizienz von Pesso-Arbeit so gute Erfahrungen gemacht hatte, suchte ich nach Wegen, das Pessotherapie-Modell **auf die Einzelarbeit zu übertragen**.

Dass dies sinnvoll möglich ist, belegen auch die Artikel von CLARKE und CHAVES 1991, GOOSS 1996, VAN HAVER 1996, SCHWIETERT 1996. VAN HAVER reflektiert in seinem Artikel „The use of PBSB in individual therapie“, welche PBSB-Elemente in der Einzeltherapie angewandt werden können und kommt zu dem Schluss: „...that the application for many elements is identical for individual therapie and group therapie and does not need any discussion“ (S.277) oder, mit anderen Worten vereinfacht ausgedrückt: im Grunde ist alles in der Einzeltherapie genauso wie in der Gruppe, der einzige Unterschied ist der, dass die Gruppe fehlt, also menschliche „Mitspieler“, die mit ihrem Körper und mit ihrer Stimme als Projektionen tragende Personen zur Verfügung stehen.

Und genau hier liegt das Problem: es bleibt nichts anderes übrig, als die fehlenden Menschen durch Gegenstände als Projektionsträger zu ersetzen; Problem dabei: diese nun haben weder Stimme noch Körper. Der einzige im Raum, der - außer dem Klienten - Stimme und Körper besitzt, sollte, wegen der Gefahr einer allzu intensiven Übertragung, nicht selbst Rollen übernehmen.

Die Grundfrage ist also: wie kann ich das Pesso-Modell in der Einzeltherapie so modifiziert anwenden, dass **das Grundkonzept gewahrt und die heilende Wirkung erreicht wird**. Wenn ich im Folgenden zu diesem Thema die Erfahrungen und Reflexionen meiner Arbeit mit PBSP darstelle, geht es mir dabei weniger um theoretische Überlegungen - die vor allem im Zusammenhang mit der Hirnforschung interessant wären - sondern um die praktische Übertragung des für die Gruppentherapie entwickelten Modells auf die Einzeltherapie.

## VORAUSSETZUNGEN FÜR PESSO-ARBEIT IN DER EINZEL-THERAPIE

- ✍ Vorstellungsfähigkeit
- ✍ Fähigkeit in Symbolen zu denken und
- ✍ zwischen real und symbolisch zu unterscheiden
- ✍ Fähigkeit zur Körperwahrnehmung
- ✍ Genügender Realitätsbezug

## INDIKATION FÜR PSYCHOMOTORISCHE ARBEIT IN DER EINZELTHERAPIE

Es wäre verfehlt anzunehmen, man könne bei jeder Problemstellung und mit jedem Patienten zu jeder Zeit PESSO-Arbeit in der Einzeltherapie machen. CLARKE und CHAVES führen aus, dass sie bei ihren Klienten folgende Fähigkeiten überprüfen, um zu sehen, ob die Voraussetzungen für Psychomotorische Therapie erfüllt sind:

### 1. Die Bereitschaft mit Symbolen zu arbeiten

"...I test for the level of readiness of the client to project on objects in the therapy room the symbolic meaning of thoughts, fantasies, dreams" (S. 222). Dabei gibt es nach meiner Erfahrung bei dieser Fähigkeit enorme intersubjektive Unterschiede der **Lebhaftigkeit der Vorstellungsfähigkeit** bis hin zu massiven Widerständen. So kann man empört oder süffisant lächelnd hören: "Ich rede doch nicht mit Kissen!" Das kann man nur zur Kenntnis nehmen und respektieren.

2. Es ist zu prüfen, ob der Patient in der Lage ist, die **Arbeit auf der symbolischen Ebene für sich nutzbar zu machen**. CLARKE und CHAVES testen dies, indem sie schauen, ob der Klient in der Lage ist sich z.B. eine andere Erfahrung vorzustellen als die, die er erlebt hat, also eine "ideale Mutter", die anders gewesen wäre. Dies ist eine Voraussetzung, um korrektive Erfahrungen auf der symbolischen Ebene in der *Antidot-Szene* machen zu können.

Darüber hinaus scheint mir wichtig zu sein, ob der Patient differenzieren kann zwischen der Realität und dem *Als-ob* und ob er dennoch **das Als-ob wie real erleben kann, wissend um den symbolischen Gehalt**. Ist das nicht gegeben: Vorsicht!

3. Kann der Patient **zwischen „Innen“ und „Außen“ unterscheiden**? Wenn nein, Vorsicht! Ebenso bei stark paranoiden Ängsten.

4. CLARKE und CHAVES betonen des weiteren die **Fähigkeit zur Körperwahrnehmung** (body awareness), die sie ebenfalls im Vorfeld abklären.

5. Spricht die **Art der Problemstellung** für PESSO-Psychotherapie? Ist zum Beispiel erkennbar, dass der Klient auf Alltagsereignisse mit überstarkem Affekt reagiert, so dass man ängstigende, verletzende, defizitäre Erfahrungen im Hintergrund annehmen kann? (Im Gegensatz hierzu etwa: Ein Student kommt wegen Leistungsversagen und Prüfungsangst. Es stellt sich heraus, dass er über keinerlei vernünftiges Arbeitsverhalten verfügt und nicht weiß, wie man ein Buch durcharbeitet. In diesem Fall wäre zunächst - vor allem wenn der Prüfungstermin näher rückt - VT mit Aufbau von Arbeitsverhalten indiziert.)

6. Frage: Ist Psychomotorische Therapie angesichts des **Therapieverlaufes** möglich und angesagt? Ich denke an eine Klientin, bei der die Grundlage ihrer Schwierigkeiten ganz offensichtlich frühe Defizite waren. In den ersten 20 Stunden brachte sie sich Aufzeichnungen mit. Sie fühlte sich offensichtlich so verloren in dieser Welt, dass ihr ihre Notizen Halt gaben, an denen sie sich im wortwörtlichen Sinne (mit den Händen) festhielt. Erst nachdem das Vertrauen der Klientin gewachsen war, legte sie zunächst die mitgebrachten Notizen unter den Stuhl, später legte sie die Notizen gleich ab ohne weiter auf sie einzugehen und konnte sich zunehmend auf "freie" Arbeit einlassen. Erst in der dreißigsten Sitzung war eine PESSO-Struktur möglich. Ab dann konnten wir weiter (erfolgreich) mit PESSO-Therapie arbeiten.

### 7. Annahme und Verstehen des PESSO-Therapiekonzepts durch den Klienten.

Eine sehr wichtige Voraussetzung für PESSO-Arbeit ist, dass ein Klient die PESSO-Theorie und das methodische Vorgehen, durch welches sich das Befinden in der und die Sicht auf die Welt verändern kann, verstehen (lernen) kann, dass ihm das Konzept einleuchtet und er sich auf diese Form der Arbeit - mit allen Implikationen - einlassen kann und möchte. Geht der Klient von andern Behandlungserwartungen aus, kämpft man gegen Windmühlen.

Mein Vorgehen, wie ich diese Voraussetzungen abkläre, ist ganz unterschiedlich. Manchmal erkläre ich das Pesso-Konzept im Erstgespräch, der Klient ist davon angetan und wir können in der ersten Therapiestunde damit einsteigen. Meist jedoch läuft es nicht so bilderbuchmäßig. Jeder Klient ist anders, hat andere Erwartungen, Vorstellungen, Bedürfnisse, und die Pesso-Therapeutin muss ihm ihr Verständnis davon in PBSP- Terminen zu erklären versuchen. Das kann eher zu Beginn in einem Stück oder im Zuge von ersten Probe-Erfahrungen geschehen:

Wenn ich zur Einschätzung gekommen bin, Pesso-Therapie könnte indiziert sein, lasse ich an Stellen, die mir dafür passend erscheinen, einen Versuchsballon steigen, indem ich zum Beispiel aus der Erzählung des Klienten heraus innere *Stimmen* benenne, oder den *Zeugen* etwas sehen lasse oder die Vision eines *Idealen Vaters* in den Raum stelle und bei dieser Gelegenheit, je nach dem, wie es sich sinnvoll anbietet, diese Fragmente bzw. die ganze Theorie mitsamt den Fragmenten erkläre und beobachte, wie der Klient darauf reagiert. Das gleiche Vorgehen praktiziere ich auch in Bezug auf die Verwendung von Objekten als Projektionsfläche. Stoße ich auf zu viel Widerstand oder Unverständnis, nehme ich meinen Versuchsballon zurück ohne gram zu sein. Auch andere Therapiemethoden haben ihren Sinn und ihre Wirkung.

## ERKLÄRUNG, EINFÜHRUNG IN DAS SYSTEM

Die Theorie von Pesso erkläre ich vor allem ausführlich in den Punkten der Gedächtnistheorie, ich sage etwa folgendes:

"Pesso unterscheidet zwei Formen des Gedächtnisses. Das eine ist das *genetische Gedächtnis*, und das andere das *persönliche Gedächtnis*. Das *genetische Gedächtnis* ist das, was wir mit auf die Welt bringen, und zwar die Vorstellung davon, wie das Leben hier auf dieser Erde für uns zu sein hat, dass es sinnvoll, erfüllend und lebbar ist. Beispiel: Das Kind kommt auf die Welt und es weiß, dass dort eine Mutter sein sollte, die eine Brust hat, die es nährt, die es schützt, die es hält. Leider ist es nun nicht so, dass wir alle, wenn wir auf diesen Erdball kommen, optimale Bedingungen vorfinden. Mütter sind depressiv und mit sich selbst beschäftigt, Kinder sind unerwünscht, Väter sind abwesend usw. Das Kind muss also andersartige Erfahrungen machen als das, was es benötigt und was für es ideal wäre. Diese andersartigen Erfahrungen in Form von Schmerzen, Defiziten, Frustrationen speichern sich in unserem *persönlichen Gedächtnis*. Es sind unsere Erfahrungen, wie diese Welt ist und was wir von dieser Welt zu erwarten haben. Diese Erfahrungen nun sind wie eine Linse, durch die wir die Welt sehen und auf diese Welt reagieren." An diesem Punkt schaue ich dann meist, ob alles verstanden worden ist und ob noch Fragen sind, und gehe je nach persönlichem Background weiter. Jetzt könnte ich z.B. die Notwendigkeit von *Idealen Eltern* einführen, etwa so: „Die Seele weiß ganz genau auf Grund des *genetischen Gedächtnisses*, was sie eigentlich gebraucht hätte.

Meist sucht man dies später bei anderen Menschen, dem Partner, der Partnerin, erfolglos, da Partner keine *Idealen Eltern* sind und Heilung auch nur gelingt, wenn die Auffüllung des Defizits auf der gleichen Altersstufe, in der das Defizit entstanden ist, erfolgt. Hier in der Therapie haben wir dazu die Möglichkeit, indem wir *Ideale Eltern* kreieren, Eltern, die einem genau das gegeben hätten, was man gebraucht hätte. Die *Idealen Eltern* sind dabei kein Ersatz für die realen Eltern, auch keine bessere Form der realen Eltern, sondern sie sind frisch erfunden. Die realen Eltern konnten es einem nicht geben, das war so. Aber man kann, neben die alte Gedächtnisspur, jetzt ein neues Gedächtnis schaffen, wo man genau das gehabt hätte, was man gebraucht hätte. Von diesem neu geschaffenen Hintergrund aus wird ein anderes Welterleben und ein anderer Zugang auf die Welt möglich.“

Dies ist meiner Ansicht nach das Kernstück der Theorie für die Einzelarbeit, und ich prüfe, ob dies einleuchtet. Dann frage ich meine Klienten, ob sie Lust hätten, mit dieser Methode zu arbeiten. Die anderen Elemente wie den *Zeugen*, die inneren *Stimmen*, die *Kontaktperson* usw. erkläre ich oft erst während der Arbeit, manchmal auch schon am Ende der Theorie. Ich denke es ist ganz wichtig mit dem Klienten in den gleichen Denkraum zu kommen. Psychotherapie spielt sich ja auch immer in einem Denksystem ab, und es ist wichtig, sich mit dem Klienten im gleichen Denkraum zu befinden.

In der Einzeltherapie ist eine **explizite Erklärung** wichtig. In der Gruppentherapie sehen die Leute über das Miterleben der Strukturen von anderen, wie das Ganze läuft, und das PESSO-Denkssystem bildet sich in ihnen implizit.

Meine „Mitspieler“ in der Einzelarbeit sind ca. zwanzig **Kissen** verschiedener Größe, Farbe, Textur, eine große und eine kleine Decke, zwei mittelgroße Matratzen. Anders als CLARKE und CHAVES habe ich weder Teddybären, noch Figürliches. Gegenstände, die bereits Bedeutungen tragen, bleiben mit diesen Bedeutungen eher kontaminiert als "neutrale Objekte".

Als ganz wesentlich haben sich **Unterlagen** erwiesen. Ein Hocker in Sitzhöhe, auf den *Ideale Eltern* oder der *Zeuge* oder eine *Kontaktperson* platziert werden können, leistet mir gute Dienste. Die Platzierung im Raum, wobei auch die richtige Höhe ein wichtiges Element ist, ist konstitutiv für PESSO-Arbeit. So ist mein Raum auch mit verschiedenen Sitzelementen unterschiedlicher Höhe ausgestattet. Die Fensterbank ist wichtig: wenn Klienten nach draußen schauen, ins Jenseits, ins Universum, muss dort das Kissen platziert werden können, das in der Rolle des "Universums" ist. Ein Deckenbalken dient oft als Platzierungsunterlage für alles, was von oben kommend erlebt wird: Gott, Polarstern, Tote. Mit den **Decken** kann man jemanden einwickeln, sodass er *Containing* verspürt, aber sie können auch *Schutz* geben, sie dienen zur Abgrenzung, auch um Räume zu gestalten: "Meine Heimat, das Totenreich" usw. Ebenso können sie Grenzen markieren.

Ich achte sehr darauf, dass die Objekte, die in den verschiedenen Rollen sind, in Bezug auf die Sitzposition des Klienten von seinem Erleben her **richtig platziert** sind. Richtiger Ort, richtige Höhe. *Stimmen* z.B. kommen oft von hinten oben und der Klient weiß genau, welche *Stimme* von rechts und welche von links kommt. Die der inneren Vorstellung entsprechende richtige Platzierung bewirkt, dass der Klient, da er nicht mit Unstimmigkeiten der räumlichen Anordnung zu kämpfen hat, leichter und eleganter seinem inneren Prozess folgen kann. Oft holen sich die Klienten selbst die Kissen und legen sie in den Raum. Habe ich den Eindruck, es stimme nicht ganz, frage ich nach und korrigiere, indem ich das Kissen nehme und sage: „Bleiben sie sitzen und spüren sie von ihrer Position aus, wo genau dieser XY platziert sein müsste“, und dann lege ich das Kissen auf den exakten Platz. Die richtige Platzierung könnte dafür sprechen, dass man als Therapeut die Kissen holen sollte, was ich jedoch nicht unbedingt mache. Man kann dadurch leicht in eine schräge Rolle kommen. Der Klient deutet und ich springe. So lasse ich oft die Klienten die Kissen holen, korrigiere wenn es unstimmig erscheint, scheue mich aber auch nicht, Stühle zu rücken und Kissen herbeizuholen.

Die Prozedur des "**Entlassens**" der Gegenstände aus den Rollen nach Beendigung einer *Struktur* mache in jedem Falle ich als Therapeutin. Der Klient soll das Erleben des positiven Endes, die Wohltaten der *Idealen Eltern* als inneres Bild halten und festigen, ein Integrationsprozess, der normalerweise nach Beendigung der *Struktur* weitergeht und nur gestört würde, wenn der Klient die Kissen selbst aus den "Rollen" entlassen müsste, abgesehen davon, dass es nur kontraproduktiv sein kann, wenn er - eine *Ideale Mutter* integrierend - den *Negativen Aspekt* der realen Mutter noch einmal in die Hand nähme und sich damit vergegenwärtigen würde. Ich habe mir also gut gemerkt, welches Kissen in welcher Rolle war, nehme das Kissen, schüttele es leicht und sage: "Das geht jetzt aus der Rolle von sowieso und ist wieder ein Kissen". Dann lege ich die Kissen wieder an den alten Platz. Sehr negative "Rollen" lege ich außerhalb des Blickfeldes des Klienten.

## ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DER PESSO-THERAPIE IN DER EINZELARBEIT

### MÖGLICHKEITEN, GRENZEN, VARIATIONEN

## SCHWIERIGKEITEN, DIE SICH AUS DEM FEHLEN VON PERSONEN ERGEBEN. HILFSMÖGLICHKEITEN

Naturgemäß schwierig in die Einzeltherapie umzusetzen ist die **Interaktion**. Erinnern wir uns an die Formel von PESSO: *Energie - Aktion - Interaktion - Bedeutung*, so ist dieser Prozess vor allem, wenn denn der Therapeut als ganze Person nicht in Rollen gehen soll, teilweise gar nicht, teilweise nur rudimentär, verkürzt oder mit Hilfsmöglichkeiten- und mitteln umzusetzen. GOOSS: "Not really a disadvantage but more a difficulty I ran into...was to follow the line

*energy - action - interaction*. I ended up in missing group, space and the role players to put the material in scene. Maybe from these situations resulted the strongest impulse to develop specific adaptations of PBSB elements for the one-to-one setting.“ (S. 261)

**Spezifische Anpassungen der Interaktion für die Einzeltherapie:** Interaktionen können über Gegenstände und Vorstellungen (rudimentär) möglich sein. Man kann mit seinen Fäusten gegen eine Matratze schlagen, mit den Füßen gegen ein Kissen treten, Spannung im Mund durch ein Handtuch, das zwischen die Zähne genommen wird, spüren.

Meine Erfahrung ist, dass sich **Schutz** relativ gut in der Einzeltherapie simulieren lässt. Ein Kissen auf den Bauch (meist eine *Ideale Mutter*), eine Decke von hinten über die Schultern gelegt, die den Rücken bedeckt und bis über die Arme nach vorne gelegt ist (meist ein *Idealer Vater*) scheinen glaubhafte Simulatoren für *Schutz* zu sein, verbunden natürlich mit den jeweils treffenden Sätzen: "Wenn ich damals als dein *Idealer Vater* da gewesen wäre, hätte ich dich geschützt, dir Rückhalt gegeben, usw.“ Wichtig hierbei: Bei einem Defizit an Schutz müssen die Kinder lernen, sich mit ihren unzureichenden Kräften selbst zu schützen. Um diese alte, negative Erfahrung nicht zu wiederholen, achte ich als Therapeutin darauf, dass der Schutz *gegeben* wird, dass sich also der Klient nicht selber die Decke holt und um sich legt (analoge Wiederholung der alten Erfahrung), sondern dass ich sie ihm umlege.

**Selbst-Selbst-Interaktionen**, also Kontakte, bei denen man sich selbst etwas "tut", was ein anderer einem "tun" sollte (Streicheln z.B.) oder was man an einem anderen "tun" möchte (ihn streicheln z.B.) können oft, aber nicht immer an Hand eines Kissens in der Rolle einer *Kontaktfigur* exploriert werden. Die Therapeutin kann dem Rollenspielenden Objekt und somit der *Kontaktfigur* Hände und wiederum Sprache verleihen.

Auch Erfahrungen mit **Partialfiguren** sind auf diese Weise möglich. Sind z.B. Gefühle sehr heftig und durch fehlende Unterstützung seinerzeit nicht in das Ich integriert, brauchen sie **Containing**, Halt von außen, nach Pessoa im wörtlichen Sinn. Im Einzelsetting kann ich für einen Klienten, der von seinen Gefühlen überwältigt zu werden droht, eine *Halt gebende Figur* erfinden. Nimmt er sie an, kann vielleicht eine Wolldecke in diese Rolle treten. Bei genügend Klärung kann ich der Figur meine Hände leihen, damit z.B. die vom Schluchzen vibrierenden Stellen eine Berührung bekommen. Immer kann ich auch in Worten ausdrücken, was die Figur tun oder sagen würde. Durch die symbolische Anwesenheit der *Partialfigur* werden jedenfalls die Gefühle validiert.

Am meisten fehlen die lebendigen Rollenspieler, wenn *Ideale Figuren* eine Grenze bilden sollten, an der der Klient seine volle Kraft ausprobieren und wirklich erleben können sollte, also beim Bedürfnis nach **Limitierung**. Eine Hilfsmöglichkeit liegt im Pars pro toto, also einem Setzen des Teiles für das Ganze. Ich mache mit dem Klienten die "Limitierungsübung mit einer Hand", damit er einen Geschmack von der Freude bekommen kann, die man empfindet, wenn man dank genügendem Widerstand seine Kraft spüren kann. Die Essenz einer solchen Erfahrung lässt sich dann als Vorstellung in eine Struktur einbauen. Möglich ist auch hier **verbale Limitierung**. Ein Klient hatte einen schwachen, nachgiebigen Vater, der nie Grenzen setzte. Einen *Idealen Vater* haben wir dann als stark und selbstbewusst ausgemalt, der gesagt hätte: "Ich hätte nicht zugelassen, dass du das und das machst."

## SOLL MAN ALS THERAPEUT IN EINE ROLLE GEHEN?

Alle genannten Autoren folgen an diesem Punkt dem Rat Pessos: Besser nicht! Denn trotz der klaren Differenzierung, die sich in den Psychomotorischen Szenen ergibt, ist der Verlust der Symbolebene und die Verwechslung mit der Realbeziehung zu befürchten, sobald der Therapeut im Einzelsetting mit seinem Körper in der Idealszene eine Rolle übernimmt. Und wenn ja, dann nur rudimentär, oder im Ausnahmefall. Man „leiht“ der *Idealen Mutter*, die vorher durch einen Gegenstand eine Projektionsfläche erhalten hat, die Hand. CLARKE und CHAVES: "In this manner, I remain the therapist as a total person, having only a part of me used as a symbol.“ (S.280)

Wenn menschlicher Kontakt unerlässlich ist, z.B. bei der Begleitung einer Regression auf eine sehr frühe Stufe, schließe ich mich der Auffassung von CLARKE und CHAVES an, lasse ein Kissen in die benötigte Rolle, meist die Rolle einer *Idealen Mutter*, wählen und "leihe" dann meine Hand. Hier wieder ein Kissen zu nehmen als Ersatz für die Mutter könnte eine Wiederholung der traumatischen Erfahrung bedeuten und die Omnipotenz-Gefühle ("niemand außer mir selbst kann wirklich zu mir schauen") nähren. Auch wenn sich die Berührung auf die Hände beschränkt und die umfassendere Interaktion auf der Vorstellungsebene ergänzt werden muss, ist eine komplette, intensive und integrierbare Körpererfahrung möglich (wird auch von GOOSS bestätigt, S. 264).

Meine **Stimme** dagegen leihe ich häufig und freimütig aus, jedoch nie ohne die Szene und die Figur zu benennen, der sie im Augenblick gerade gehört.

## PROBLEME, DIE SICH AUS DER IN DER EINZELTHERAPIE GEFORDERTEN ZEITBEGRENZUNG ERGEBEN

Natürlich ist es nicht immer möglich, dass in den in einer Einzeltherapiestunde vorgegebenen 50 Minuten eine Struktur mit einem befriedigenden *Antidot* "rund" werden kann. (Das gelingt auch in der Gruppe nicht immer, aber hier kann man die Zeit überziehen im Gegensatz zur Einzelsitzung, wenn der nächste Patient bereits wartet.)

Dass eine Struktur von selbst gleich in den ersten Minuten einer Sitzung beginnt, ist erfahrungsgemäß eher die Ausnahme. Dies lässt sich aber herbeiführen, indem man **den Klienten in die Planung der Therapiestunde mit einbezieht**. Ein Klient berichtet z.B. von aktuellen Spannungen mit seiner Ehefrau. Ich frage ihn: "Möchten Sie sich das heute auf der Interaktionsebene anschauen, indem wir z.B. Ihre Frau im Rollenspiel "hier herholen", den Konflikt nachspielen und schauen, was Sie und ihre Frau erleben und was man besser machen könnte, damit die Spannungen sich verringern, oder möchten Sie Ihren Teil, warum Sie das so erregt, auf Ihrem persönlichen Hintergrund, also mit Pesso-Arbeit anschauen?" In diesem konkreten Falle entschied sich der Klient für die erste Möglichkeit, da der Konflikt aktuell sehr belastend war. In einer der nächsten Stunden wollte er seinen überstarken Affekt durch Pesso-Arbeit besser verstehen.

Darum wissend, dass wir die Struktur in der nächsten Woche genau an dem Punkt, wo sie stehen geblieben ist, fortsetzen können, verwende ich zum Beenden der nicht vollendeten Struktur die **Methode der Intellektualisierung**, damit das emotional erlebte Negative der "alten Geschichte" nicht negativ weiterwirkt sondern **von der Emotion weg ins Kognitive** transportiert wird. Ich habe eine große Uhr in meinem Blickfeld und schätze zehn Minuten vor Ende der Stunde ab, ob eine *Struktur* so weit gediehen ist, dass der Klient einen *Antidot* annehmen kann. Scheint dies nicht der Fall zu sein, versuche ich mit dem Klienten kognitiv eine Bestandsaufnahme dessen zu machen, welche Ereignisse mit welchen Folgen wie auf seine Seele gewirkt haben. Die Szene einschließlich des emotional Erlebten wird in einer kognitiven Struktur niedergelegt. So wird nicht jemand inmitten seiner "alten Geschichte" entlassen, die ihn sonst emotional überwältigen könnte. Wir vereinbaren, dass wir an diesem Punkt in der nächsten Sitzung weiterarbeiten. Außerdem versuche ich die Option von *Idealen Eltern* in die Vorstellung zu holen, male aus was diese vielleicht getan und gemacht haben könnten, so dass der Klient zumindest einen Vorgeschmack einer und damit die Hoffnung auf eine mögliche Lösung bekommt. Die darauf folgende Sitzung versuchen wir gleich mit der Aufstellung der letzten Szenen zu beginnen und haben nun genügend Zeit, einen passenden *Antidot* zu finden.

## DURCHFÜHRUNG EINER STRUKTUR IN DER EINZELTHERAPIE

Nachdem ich nun für einzelne Details konkrete Hilfsmöglichkeiten und durch das Fehlen von Personen notwendige Variationen in der Einzelarbeit dargestellt habe, möchte ich am Schluss das Vorgehen in der Durchführung einer ganzen Struktur in der Einzeltherapie holzschnittartig umreißen.

Setzen wir voraus, dass alle Indikationskriterien erfüllt sind. Die Stunde beginnt damit, dass der Klient, nachdem er Platz genommen hat, zu berichten beginnt, mit was in seinem aktuellen Leben er nicht fertig wird. Ich beginne möglichst bald mit dem *Microtracking*. Der *Zeuge* sieht die Gefühle und benennt sie im jeweils konkreten Zusammenhang, die inneren *Stimmen* werden geortet, benannt, als Kissen in den Raum geholt, so dass der Klient relativ rasch ins *Zentrum seiner inneren Wahrheit* kommt, die *True scene* (emotionale Wahrheit) sich darstellt. Ich merke mir genau, was die *Stimmen* gesagt haben, denn hier liegt oft schon der Schlüssel für den *Antidot*.

Die *True scene* wird ebenso wie die *Historische Szene* in Form von Kissen im Raum inszeniert. Ist die *Historische Szene* deutlich gefühlt und durchlebt, und gibt der Klient „Sehnsuchtszeichen“, so beginnen wir uns danach umzusehen, wie *Ideale Eltern* hätten gewesen sein müssen (was sie getan und was sie gesagt hätten). Auch dies inszenieren wir mit Hilfe von Kissen, arrangieren die richtige Stellung in Bezug zum Klienten und ich leihe den *Idealen Eltern* meine Stimme. Stimmt der *Antidot*, kommt es oft zu einer tiefen Erleichterung. Der Klient behält nun dieses innere Bild in sich und integriert es, während ich die Kissen aus den Rollen entlasse.

Auch wenn der körperlich praktizierte direkte Körperkontakt dadurch, dass menschliche Mitspieler fehlen zu kurz kommt: tiefe verändernde Erfahrungen sind mit Kissen als Projektionsflächen auf der Vorstellungsebene und auch auf der Körperebene in der Vorstellung möglich.

Almuth Roth-Bilz

#### Literatur:

- CLARKE Carl Telles and CHAVES Doris: Using Psychomotor in Private Practice with Individual Clients. In: PESSO Albert and CRANDELL John (Hsg.) (1991) *Moving Psychotherapy. Theory and Application of Pessó System/ Psychomotor Therapy*, S. 219 – 232
- DENEKE Friedrich-Wilhelm (2001) *Psychische Struktur und Gehirn*
- GOOSS Birger: Techniques, gains and difficulties in applying PBSB concepts to individual Therapy. In: HOWALD Martin (Hsg.) (1996) *Proceedings of the 3rd Int. PBSP Conference*. Basel, S.261-265
- HANSER Hartwig: Aktiver Gehirnschutz. Fernseher aus! In: *Spektrum der Wissenschaft. Das Magazin für Hirnforschung und Psychologie* (2002 Nr. 2) S. 35
- VAN HAVER Willy: The use of PBSB in individual therapy. In: HOWALD Martin (Hsg.) (1996) *Proceedings of the 3rd Int. PBSP Conference*. Basel, S.277-281
- PESSO Albert (1973) *Dramaturgie des Unbewussten*. Klett
- SCHWIETERT Christa: One to one therapy with PBSB elements. In: HOWALD Martin (Hsg.) (1996) *Proceedings of the 3rd Int. PBSP Conference*. Basel, S.267-273