MICROTRACKING IN DER PESSO-THERAPIE: BRÜCKENGLIED ZWISCHEN VERBALER UND KÖRPERORIENTIERTER PSYCHOTHERAPIE

MICROTRACKING IN PESSO-THERAPY: A LINK BETWEEN VERBAL AND BODY-ORIENTED PSYCHOTHERAPY

Michael Bachg

Zusammenfassung
Das Microtracking stellt eine hoch spezialisierte Form des psychotherapeutischen Dialogs dar, in dem es darum geht, alle Aspekte des gegenwärtigen Bewusstseins des Patienten, d.h. Wahrnehmung, Handlung, Emotion und Kognition, minutiös zu verfolgen. Die im Gesicht und im Körper des Patienten erkennbaren Emotionen werden durch die Benennung des Gefühls, welches das Erleben dieser Emotion für den Patienten treffend beschreibt, in sein Bewusstsein gehoben. Zentrales Merkmal dieser Sequenz von Emotion, Gefühl und Bewusstsein ist ihre Körperbezogenheit. Die theoretischen Grundannahmen über die Bedeutung von Erinnerungsprozessen für das gegenwärtige Bewusstsein sowie die enge automatisierte Verknüpfung zwischen Wahrnehmung und Handlung werden ausführlich geschildert. Anschließend werden der Prozess und die Ziele des Microtrackings als zentrales Element in PBSP (Pesso Boyden System Psychomotor) praxisnah dargestellt und erläutert.

Schlüsselwörter Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP) — Pesso-Therapie – Microtracking – Körperpsychotherapie – Psychotherapie – Gruppentherapie

Summary
Microtracking is a highly specialized form of psychotherapeutical dialogue in which all aspects of the patient's present consciousness such as perception, action, emotion, and cognition are precisely tracked. The patient's emotions, recognizable in his face and body are brought to his consciousness by naming the feeling in a manner which precisely describes the way the patient is experiencing this emotion. The special characteristic of microtracking this sequence of emotion, feeling, and consciousness is its body orientation. The basic theoretical assumptions about the relevance of memory for present consciousness as well as the close and automatic link between perception and action are described in detail. Subsequently the goals and process of microtracking will be described and explained by means of practical examples.

Keywords Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP) — Pesso-therapy – microtracking – body–centered pychotherapy – psychotherapy – group-therapy

Nicht was wir gelebt haben, ist das Leben, sondern das, was wir erinnern und wie wir es erinnern, um davon zu erzählen.

aus: Leben, um davon zu erzählen
(Gabriel Garcia Marquez, 2002)

Einleitung

Das Vorgehen körperorientierter Verfahren bestand viele Jahre darin, mit vorwiegend unmittelbar auf den Körper als Ort des Geschehens fokussierenden Techniken Emotionen zu ermöglichen bzw. kathartische Effekte zu erzielen. Häufig jedoch konnte der Patient den Bedeutungsgehalt des emotional tief greifenden Geschehens nicht selbst erfassen, vor allem dessen kontextuelle Einordnung nicht eigenständig leisten, so dass er auf die deutende und orientierende Hilfe des Therapeuten angewiesen blieb. Die Unschärfe hinsichtlich der wahren Bedeutung des körperlichen Geschehens veranlasste viele Psychotherapeuten, von der Einbeziehung des Körpers in den therapeutischen Prozess Abstand zu nehmen, wenngleich dessen Stellenwert in verschiedenen Disziplinen, wie z.B. der Psychoanalyse oder der Psychosomatik, offenkundig geworden war. Insbesondere durch die Ergebnisse der Neurowissenschaften erhält die körperorientierte Perspektive weitere Aktualität. Diese Ergebnisse zeigen, dass Geist und Körper eins sind. Während die neuronalen Strukturen des Bewusstseinsstroms mit bildgebenden Verfahren sichtbar gemacht werden können und die Entschlüsselung des Gehirns voranschreitet, wird der Körper im Sinne des „Proto-Selbst" (Damasio, 2000, S.36) als unverzichtbarer Bestandteil der Entstehung von Bewusstsein postuliert. Selbstsinn entsteht demnach aus Empfindungen und Informationen, die aus unserem Organismus kommen, dessen Zustand durch Inter-

aktionsprozesse mit Objekten, die tatsächlich vorhanden sind oder aus dem Gedächtnis abgerufen werden, fortlaufend verändert wird. Mit dem von Albert Pesso und Diane Boyden Pesso Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts entwickelten Vorgehen des Microtrackings und seinen ausgefeilten Techniken gibt es ein besonders geeignetes Instrumentarium, um im therapeutischen Dialog minutiös die verschiedenen Bewusstseinsinhalte des Patienten zu verfolgen. Im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit stehen dabei die oft nur flüchtig im Gesicht des Patienten erscheinenden und an den jeweiligen Gesprächskontext gebundenen Affekte sowie seine aus prägenden Erfahrungen verallgemeinerten Glaubenssätze und Überzeugungen. Die geschulte Handhabung des Microtrackings initiiert einen rasch voranschreitenden Prozess intensiver emotionaler und damit auch sichtbarer körperlicher Beteiligung über gegenwärtige Probleme, der im weiteren Verlauf assoziativ Erinnerungen an ähnliche Situationen und Erfahrungen aus der Biografie aktualisiert. Diese in Form innerer Bilder visualisierten szenischen Erinnerungen lösen als Reaktion sofort sichtbare körperliche Veränderungen in Form von Bewegungen, Emotionen oder Anzeichen ihrer Unterdrückung aus. Diese körperlichen Ausdrucksformen sind einer körperorientierten Bearbeitung innerhalb eines biografischen Kontextes unmittelbar zugänglich.

Ausgangspunkt dieses Ansatzes zur Einbeziehung des Körpers in die Psychotherapie ist also nicht die isolierte Betrachtung kontextuell in dem Moment nicht einzuordnender körperlicher Phänomene, wie z. B. Schmerzen im Nacken, Zittern in den Knien, Herzklopfen, Wärmeempfindungen o.Ä. Es geht nicht darum, die körperlichen Prozesse als solche zu verstehen oder zu deuten. Der Zugang ist gewissermaßen genau andersherum. Er fokussiert die Schnittstelle zwischen Sprache und körperlichen Prozessen, er beschäftigt sich mit der Frage, wie durch Sprache, also durch die Verwendung von Wörtern, körperliche Prozesse in Gang gesetzt werden und wie dieser postulierte Zusammenhang zwischen mentalen Prozessen und körperlichen Phänomenen therapeutisch genutzt werden kann.

Um darauf näher eingehen zu können, bedarf es zunächst einiger Überlegungen zur Bedeutung von Erinnerungsprozessen für die gegenwärtige Wahrnehmung und das gegenwärtige Bewusstsein, wie sie dem Konzept des Microtrackings theoretisch zugrunde liegen. Anschließend werde ich auf den Prozess des Microtrackings in der Praxis näher eingehen.

Bewusstsein und Gedächtnis

Auf den ersten Blick scheint es so selbstverständlich und eindeutig: Wir teilen alle gemeinsam dieselbe Realität – das ist nicht der Fall. Nach allem, was wir wissen, ist das von Moment zu Moment fortschreitende Erleben unseres Selbst und unserer Umgebung kontinuierlich durch Erinnerungsprozesse modifiziert (Pesso, 2004). All die Interaktionen, die wir erlebt und die unser Leben in besonderer Weise geprägt haben, sind in unserem individuellen biografischen Gedächtnis gespeichert. Es zeigt sich, dass das, was wir als unser gegenwärtiges Bewusstsein erfahren, zu einem Großteil auf diesen Erinnerungen basiert bzw. von ihnen gesteuert wird. Edelman spricht in diesem Zusammenhang von der „erinnerten Gegenwart" (Edelman und Tononi, 2004). Hervorzuheben ist, dass uns das Ausmaß der Beeinflussung unserer Wahrnehmung durch Erinnerungsprozesse in unserem Alltag selten bewusst ist. Wir glauben die Gegenwart zu erleben, doch der Akt der Wahrnehmung ist ein Akt der Erinnerung. Wenn wir in den Spiegel schauen und darin unser Gesicht erkennen, erleben wir es so, als vollziehe sich dieser Vorgang ausschließlich im Hier und Jetzt. Inwieweit unbewusste Erinnerungsprozesse hierbei eine entscheidende Rolle spielen, wird am Beispiel einer jungen Frau deutlich, die aufgrund einer Schädigung der visuellen Assoziationscortices unter Gesichtsagnosie leidet, also der Unfähigkeit, sich Gesichter zu merken. Als diese Frau das Gesicht im Spiegel vor ihr betrachtete, konnte sie ihr Gesicht im Spiegel nicht erkennen. „Sie glaubte nicht, dass es das ihre war, und sie konnte nicht behaupten, dass es das ihre war, weil sie ihr Gesicht nicht vor ihr geistiges Auge zu bringen vermochte. Das Gesicht, das sie betrachtete, löste keine spezifischen Erinnerungen in ihrem Geist aus" (Damasio, 2000, S 197). Nur derartige Schädigungen können uns einen Eindruck davon geben, wie sehr das, was wir sehen, bestimmt ist von dem, was wir zuvor gesehen haben. Und das ist bei jedem von uns unterschiedlich. Wenn unsere Wahrnehmung der Gegenwart so eng mit dem verbunden ist, was wir früher erlebt haben, so bedeutet dies also, dass niemand von uns das Hier und Jetzt in der gleichen Weise wahrnimmt, obwohl es so offensichtlich und konkret erscheint, was vor sich geht. Jeder von uns hat eine einmalige Innenwelt von Erinnerungen, und diese färbt, wie wir die Gegenwart erleben. Wir sind uns dessen aber nicht bewusst. Wir denken, wir sehen einfach die Realität.

Sehen ist also gleichzeitig erinnertes Sehen. Die Aktivierung dieser Datenbasis erfolgt automatisch und wird durch Wahrnehmungsprozesse sowohl innerlicher als auch äußerlicher Ereignisse angestoßen. Der Anblick eines Hundes beispielsweise wird in jedem von uns jeweils ein anderes Erleben hervorrufen - je nachdem, ob wir die Kindheit mit einem Familienhund als treuem Wegbegleiter verbracht haben oder ob wir als Kind während eines Ausflugs im Sommer plötzlich von einem fremden Hofhund angefallen und gebissen worden sind. Insofern können sowohl unser Wohlgefühl als auch unsere Probleme in der Gegenwart sehr viel mit dem zu tun haben, was wir in unserer Vergangenheit erlebt haben, und uns die Konsequenzen dieser Ereignisse wie gegenwärtig erleben lassen. Wenn wir ein Objekt erinnern und dieses vor unserem geistigen Auge sehen, rufen wir nicht nur die sensorischen Daten eines realen Objekts ab, sondern auch die früheren motorischen und emotionalen Reaktionen des Organismus auf das Objekt. Das bedeutet, dass wir in dem Moment, in dem wir ein Objekt sehen, nicht nur frühere Bilder eines ähnlichen Objekts erinnern, sondern gleichzeitig auch die Bewegungen, die mit der Wahrnehmung dieses Objektes verbunden waren. Wenn Sie eine Tür sehen, wissen Sie im selben Augenblick, wie Sie sie öffnen können; wenn Sie einen Sessel sehen, wissen Sie im selben Moment, wie Sie sich ihm annähern müssen, sich drehen, Ihr Gesäß im richtigen Win-

kel vorstrecken und sich fallen lassen müssen, um darauf Platz zu nehmen. Wenn der Sessel bequem aussieht, erinnern Sie bereits die Vorfreude, darin zu sitzen. Bevor Sie diese Zeitschrift in Ihrer Hand hielten, haben Sie sie irgendwo liegen sehen und wussten im selben Moment, wie Sie Ihren Arm ausstrecken und die Finger Ihrer Hand koordinieren mussten, damit Sie diese Zeitschrift aufnehmen konnten. Wahrscheinlich erinnern Sie sich nicht an jeden einzelnen dieser Schritte, da diese motorischen Antworten auf das, was wir sehen, nicht bewusst, sondern automatisiert ablaufen – aber es sind ausnahmslos erinnerte Bewegungen. Als Baby haben Sie diese Koordinationen mühsam durch Versuch und Irrtum erlernen müssen. Stellen Sie sich vor Ihrem geistigen Auge ein Baby vor, das in seinem Bettchen liegt und mit tollpatschig wirkenden Bewegungen seiner Hände ein Spielzeug, z.B. eine Rassel, zu erwischen versucht, die über ihm an seinem Bettchen in erreichbarer Nähe befestigt ist. Wenn Sie dies schon einmal beobachtet haben, wissen Sie, wie viele vergebliche Wiederholungen notwendig sein können, bis wir endlich die Welle der Freude und Begeisterung im Gesicht des Babys sehen, die sich weiterhin in Form von Bewegungen, die nicht selten von Lauten begleitet werden, über den ganzen kleinen Körper ausbreiten kann (vgl. hierzu die Konzepte der „Zirkulärreaktionen" und „Regulationen" bei Piaget und Inhelder, 1986 und der „generalisierten Interaktionsrepräsentanzen" von Stern, 1985).

Wir halten also fest: Nicht nur Sehen basiert auf Erinnern, sondern auch motorisches Verhalten und emotionale Reaktionen beruhen auf Erinnern. Sobald wir einen Gegenstand erblicken, ist unser Körper unmittelbar in der Lage, eine ganze Reihe komplexer, aneinander gereihter motorischer Verhaltensweisen durchzuführen, die es uns ermöglichen, eine Befriedigung vermittelnde Interaktion mit dem erblickten Gegenstand zu erleben. Und das alles verläuft völlig automatisch. Dieser enge Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und Handlung ist für die folgenden Ausführungen zur Einbeziehung des Körpers von entscheidender Bedeutung. Der Sachverhalt hat evolutionäre Gründe. Was wir von unserer Umgebung wahrnehmen, stellt das Umfeld dar, in dem wir uns durch effektive Handlungen behaupten müssen, um unser Überleben zu sichern: Unser Gehirn ist auf eine Weise vernetzt, dass es unmittelbar Zugriff auf die Gedächtnissysteme hat und es uns ermöglicht, angemessen und effektiv auf die endlosen Wellen von Repräsentationen internaler und externaler Ereignisse in unserem Nervensystem zu reagieren (Damasio, 2004). Es gibt also neben der engen Verknüpfung zwischen Wahrnehmung und Erinnerung eine weitere wichtige Verknüpfung, und zwar die zwischen Wahrnehmung und Handlung, worauf wir später noch zurückkommen werden.

Wie hilflos es uns macht, wenn unsere Gedächtnissysteme uns im Stich lassen, wird am eindruckvollsten an Alzheimer-Patienten deutlich. Sie schauen in die Gesichter ihrer nächsten Angehörigen, aber diese Gesichter sagen ihnen nichts. Sie haben keine Bedeutung mehr für sie, weil die Patienten ihre visuellen Erinnerungen verloren haben. Wenn sie etwas essen möchten, können sie sich nicht den Löffel an den Mund führen. Sie wissen nicht mehr, wie das geht, weil sie ihr motorisches Gedächtnis verloren haben. Sie erkennen nicht mehr und werden nicht mehr erkannt als diejenigen, die sie einmal waren, sie verlieren ihr autobiografisches Selbst, ihre Persönlichkeit.

All diese Beispiele sollen hervorheben, was wir gemeinhin zu vergessen pflegen: Wir denken, wir leben im Hier und Jetzt – dies ist nicht der Fall. Wir brauchen unser Gedächtnis, um in der Gegenwart unsere Wahrnehmungen einordnen zu können und somit zu funktionieren. Insofern sind alle Bereiche unseres gegenwärtigen Bewusstseins eng mit dem Gedächtnis verknüpft: Wenn wir wahrnehmen, erinnern wir Wahrnehmen; wenn wir handeln, erinnern wir Handeln; wenn wir fühlen, erinnern wir Fühlen; und wenn wir denken – wie wir noch sehen werden – erinnern wir Denken. „Present Consciousness is a tapestry woven with the threads of memory" (Pesso, 1999 a, S. 9), oder wie Pesso an anderer Stelle sagt: „Everything we perceive today includes and is influenced by memories of significant events we have seen in the past" (Pesso, 2000).

Im Microtracking geht es nun darum, alle Bereiche des gegenwärtigen Bewusstseins, d.h. Wahrnehmung, Motorik, Gefühl und Kognition, aufmerksam und präzise zu verfolgen. Es kommt darauf an, von Augenblick zu Augenblick minutiös zu beobachten, was im Bewusstsein des Patienten vor sich geht. Pesso unterscheidet dafür verschiedene Orte, an denen sich Informationen ansammeln und verfügbar werden. Darauf werde ich im nächsten Abschnitt näher eingehen.

Bühnen und Schirme

Pesso unterscheidet in seinem Konzept von Bühnen und Schirmen (Pesso, 1999 b, 2001) jeweils drei Bühnen sowie drei Schirme. Bühnen sind für ihn Orte, an denen Ereignisse stattfinden, während mit Schirmen die neurologischen Organisationen gemeint sind, die es uns ermöglichen, das Geschehen zu sehen und zu erleben. Auf den Schirmen werden gewissermaßen die Ereignisse repräsentiert. Ein Beispiel: Der Raum, den Sie vor sich haben, stellt eine Bühne dar, auf der sich verschiedene Dinge ereignen können. Vielleicht gibt es weitere Personen in diesem Raum, die sich unterhalten; vielleicht sind dort Kinder, die miteinander spielen oder sich streiten oder beides. Diesen Ort, an dem diese Ereignisse stattfinden, bezeichnet Pesso als Bühne **1, die Bühne des Hier und Jetzt.** Der Schirm, auf dem Sie diese Szene sehen - also die neurologischen Organisationen in Ihrem Gehirn, welche aus den elektromagnetischen Wellen, die auf Ihre Retina treffen, in Ihrem Geist das Bild entstehen lassen, das Sie jetzt sehen -, bezeichnet er als **Schirm 1, der Schirm des Hier und Jetzt.** Doch Achtung: Wie wir gesehen haben, aktiviert alles, was auf unser Auge fällt, Erinnerungsprozesse, die die Verarbeitung dieser Wahrnehmung beeinflussen. Deshalb spricht Pesso auch von der Bühne des „scheinbaren" Hier und Jetzt und von dem Schirm des „scheinbaren" Hier und Jetzt, um hervorzuheben, dass das Hier und Jetzt eines jeden Menschen vieles von seinem Dort und Damals enthält.

Wie bereits erwähnt, verfügen wir, soweit wir mit der optischen Sehkraft ausgestattet sind, aber nicht nur über die Möglichkeit, mit unseren wirklichen Augen zu sehen. Wir besitzen darüber hinaus eine weitere Vorrichtung, mit deren Hilfe wir erinnern. Dies ist **Schirm 2**, das so genannte geistige Auge. Diese cerebrale Organisation erlaubt es uns, ausgewählte Erinnerungen in Form erinnerter Bilder zu sehen. Der Vorgang des Abrufens erinnerter Bilder vollzieht sich, wie wir gesehen haben, permanent im Akt der Wahrnehmung, in der Regel aber unterhalb unserer Bewusstseinsschwelle. Wir können unser **geistiges Auge** jedoch auch bewusst aktivieren. Dazu ein kleines Experiment: Denken Sie an jemanden, den Sie lieben, Ihre Mutter, Ihren Partner oder Ihre Frau, Ihre Kinder oder auch Ihr Haustier. Was geschieht, wenn Sie dies versuchen? Beginnen Sie diese Person bzw. das Tier zu sehen und spüren Sie, wie Sie körperlich auf dieses erinnerte Bild reagieren, je nachdem wie Ihre Gefühle in Bezug auf die erinnerte Person oder das Tier sind? Vielleicht haben Sie unwillkürlich gelächelt oder einen Impuls in Ihren Armen gespürt, der eine Umarmung andeutete. Es handelte sich hier um Emotionen, die ausgelöst werden, „... wenn der Geist eines Organismus aus der Erinnerung bestimmte Objekte und Situationen abruft und sie als Vorstellungen im Denkprozess repräsentiert" (Damasio, 2000, S. 74). Wir reagieren auf das Erinnerte, das wir vor unserem geistigen Auge sehen, in der gleichen Weise mit Emotionen, Handlungsimpulsen und Gefühlen wie auf das, was wir in unserer wirklichen Umgebung im Hier und Jetzt auf Schirm 1 sehen. Von außen betrachtet, mag es also für uns so erscheinen, als reagiere eine Person auf äußerliche Umstände, während sie tatsächlich auf etwas innen Gesehenes reagiert. Demzufolge ist das geistige Auge ein mächtiger Schirm und das Erkennen dieses Schirmes von außen durch den Therapeuten für das gelingende Microtracking von entscheidender Bedeutung. Ich werde später darauf zurückkommen.

Manchmal zeigt sich eine körperliche Reaktion, die noch keinen klaren Zusammenhang zu einer Emotion oder einem Handlungsimpuls als Reaktion auf das Gesehene erkennen lässt und eher als lästiges Symptom beschrieben wird. Dies kann beispielsweise Steifheit im Nacken sein, Zittern in den Beinen, Schmerz in den Händen oder Herzklopfen. Hier handelt es sich möglicherweise um eine emotionale Reaktion, die aber noch nicht als solche erlebt wird und nicht zugeordnet werden kann. Lediglich der Körper agiert, als ob er emotional reagiert. Dies ist die **Bühne 2, die Bühne des Körpers oder des Körper-Unbewussten**. Hier wird der Körper als eigene Bühne betrachtet, auf dessen Oberfläche und in dessen Innerem unbewusste Emotionen als Akteure „tanzen" bzw. „schwimmen", solange sie noch nicht zu bewussten Gefühlszuständen werden und in Handlung umgesetzt werden können. Diese so genannten Symptome entstehen u.a. aus prämotorischen Kontraktionen und emotional induzierter muskulärer Anspannung (vgl. LeDoux, 2001).

Wir können nicht nur ausgewählte Erinnerungen mit Hilfe erinnerter Bilder vor unserem geistigen Auge sehen. Wir sind auch in der Lage, bewusst ein erinnertes Verhalten zu fühlen, und dieses ist möglich mit Hilfe des **3. Schirms, dem Schirm des geistigen Körpers**. Der Schirm des geistigen Körpers ermöglicht es uns, Bewegungen unseres Körpers zu fühlen und zu planen, ohne unseren Körper tatsächlich zu bewegen. Dabei können Koordinationen z.B. bei Sportlern verbessert werden, wenn diese jede einzelne Bewegung wiederholt in ihrem geistigen Körper durchführen. Sie können Ihren geistigen Körper aktivieren, in dem Sie sich vorstellen, Sie sitzen auf einem Fahrrad. Sie treten die Pedale: Können Sie fühlen, was mit Ihren Armen und Beinen passiert, während Sie sich das vorstellen? Ihr geistiger Körper fährt nun das Fahrrad, hält den Lenker fest, und Ihre Beine treten währenddessen die Pedale in die Runde. Diese Koordination geschieht in Ihrem geistigen Körper, Sie empfinden sie nicht in Ihrem wirklichen Körper. Hier verhält es sich genauso wie mit dem geistigen Auge: Was Sie dort sehen, sehen Sie nicht mit Ihren wirklichen Augen. Wie für das geistige Auge verfügen wir auch hier über eine cerebrale Organisation, das ist der geistige Körper, aber dieser ist eng verbunden mit dem wirklichen Körper (vgl. Damasio, 1995, 2004).

Der geistige Körper enthält Karten und Repräsentationen unseres Körpers auf unterschiedlichen Altersstufen. Um dies zu verdeutlichen, versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie Sie zum ersten Mal auf einem Fahrrad gesessen haben, z.B. als Sie 5 Jahre alt waren. Wenn Sie das in Ihrem geistigen Körper ausführen, fühlen Sie, wie die Arme und die Beine kürzer sind. Vielleicht fühlen Sie, wie schwer es Ihnen fiel, mit den Füßen an die Pedale heranzukommen, oder wie Sie die Beine und Füße strecken mussten, um den Boden zu erreichen. Wir erleben einen Wechsel in unserem Bewusstsein über unser Körperbild entsprechend dem Alter, an das wir uns erinnern. In der Pesso-Therapie gehen wir davon aus, dass es möglich ist, neue, heilende Körpererfahrungen auf dem dritten Schirm zu repräsentieren, so dass sie direkt anschließen an das erinnerte Erleben im geistigen Körper einer früheren Alterstufe und als neue Erinnerung in dem damaligen Alter verankert werden (Pesso, 2003, 2004).

Die **3. Bühne, Struktur-Bühne** genannt, ist eine zu therapeutischen Zwecken auf der wirklichen Bühne des Therapieraumes künstlich konstruierte Bühne. Diese symbolische Bühne ist in der Lage, sich mit Hilfe unsichtbarer Flügel und Räder durch Raum und Zeit zu bewegen. Sie ermöglicht es dem Patienten, die im Prozess des Microtrackings vor seinem geistigen Auge erinnerte Szene von einer räumlichen inneren Bühne in seinem Gehirn auf eine äußere Bühne zu projizieren. Auf dieser 3. Bühne werden mit Hilfe von Rollenspielern oder Symbolen erinnerte Interaktionen so inszeniert, als würden sie in einer anderen Zeit und an einem anderen Ort stattfinden. Hier werden im weiteren Verlauf mit Hilfe idealer Figuren auch die korrigierenden Erfahrungen stattfinden. (Zum Ablauf einer Struktur siehe auch Schrenker und Fischer-Bartelmann, 2003.)

Wir sind im Behandlungszimmer angekommen und wenden uns nun der Praxis des Microtrackings zu.

Der Prozess des Microtrackings in der Praxis

Der Patient betritt den Therapieraum und damit die Bühne 1 des scheinbaren Hier und Jetzt. Wenn wir das bisher Gesagte außer Acht ließen, könnten wir naiverweise annehmen, es gebe nur den Patienten und seinen Therapeuten in diesem Raum, und alles was geschieht, sei ein Ergebnis der Interaktionen zwischen den beiden sichtbaren Akteuren. Wir wissen nun aber, dass der Patient eine riesige Menschenmenge, Erfahrungen und Ereignisse bei sich trägt, die er überallhin mitnimmt. Sein gesamtes autobiografisches und evolutionäres Gedächtnis kommt mit ihm zur Tür herein. Wir beginnen unsere Arbeit mit dem Patienten in seiner Gegenwart, d.h., wir folgen seinem gegenwärtigen Bewusstsein. Dabei gehen wir von der dargestellten Grundannahme aus, dass in jedem Moment des gegenwärtigen Bewusstseins des Patienten im Hier und Jetzt des Behandlungszimmers prägende frühere Interaktionserfahrungen im Dort und Damals durch unbewusste Erinnerungsprozesse aktiviert sind. Seine Gegenwart ist also in erheblichem Maße erinnerte Gegenwart. Der Anblick des Raumes, seiner Gegenstände und besonders der Person des Therapeuten wird eine Vielzahl visueller Erinnerungen aus seinen visuellen Assoziationscortices aktivieren, die zwar größtenteils unbewusst sind, seine Wahrnehmung aber dennoch steuern.

Ziel des Microtrackings ist es nun, durch präzises Aufblättern des gegenwärtigen Bewusstseins diejenigen Erinnerungen an Orte und Interaktionspartner aufzuspüren, die prägend für die Entwicklung eines gegenwärtigen dysfunktionalen Musters wurden. Solche Erinnerungen können eine mangelnde Befriedigung entwicklungspsychologischer Grundbedürfnisse, wie z.B. Ernährung, Unterstützung oder Grenzsetzung, ebenso widerspiegeln wie traumatisierende Erfahrungen mit dem dazugehörigen Defizit an Schutz oder die Folgen von nicht ausgefüllten Rollen im familiären Bezugssystem. Sehr wahrscheinlich wird der Patient erinnerte negative Situationen aus seiner Vergangenheit auf den Therapeuten projizieren oder seine Erwartung auf Erfüllung seiner ungestillten Sehnsüchte auf ihn richten. Wie erkennen wir aber, was in dem Patienten wirklich vor sich geht und worauf sich sein Verhalten bezieht? Hierfür gibt es eine Reihe präzise beschriebener Strategien und Techniken, auf die wir im Folgenden näher eingehen.

Im Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit stehen die Augen des Patienten. Wie oben schon beschrieben, löst das, was auf unser Auge fällt, in unserem Gehirn nicht nur automatisch die Aktivierung früher abgespeicherter Bilder aus. Wenn wir sehen, haben wir, wiederum ebenso automatisch, auch eine buchstäblich augenblick-liche Körperreaktion auf das, was wir sehen und mit der sich unser Körper darauf vorbereitet zu handeln. Zwischen dem Sehen und der Körperreaktion jedoch haben wir auch augenblickliche affektive Veränderungen. Die Qualität dieser Affekte - sei diese nun z.B. angenehm oder unangenehm - ist abhängig von dem, was wahrgenommen wurde. Um Zugang zu den inneren Bewusstseinsprozessen des Patienten erlangen zu können, ist es deshalb von entscheidender Bedeutung zu erfassen, was er sieht. Dazu unterscheidet Pesso zwischen einer Reihe verschiedener Blicke.

Wenn der oben erwähnte Patient Ihr Behandlungszimmer auf der Bühne 1 des scheinbaren Hier- und -Jetzt betritt, unterscheiden wir zwischen zwei Blicken: dem Blick einer erwachsenen Person auf seinen Therapeuten und einem Übertragungsblick, bei dem der Patient den Therapeuten nicht mit den Augen eines Erwachsenen anschaut, sondern durch die Augen eines Kindes, das etwas von der Person des Therapeuten erwartet oder ersehnt, ohne dass der Patient sich dessen bewusst ist. Der Unterschied beider Blicke liegt darin, dass der erste, auf der Bühne 1 erfolgte Blick zwischen zwei erwachsenen Personen stattfindet, während der Patient die Person des Therapeuten im Übertragungsblick, ohne es zu wissen, im selben Moment in die Rolle einer negativen Figur aus seiner Geschichte oder in die Rolle einer ersehnten idealen Figur gebracht hat. Der Patient befindet sich also seelisch auf der Bühne 3, er glaubt jedoch, er befinde sich mit dem Therapeuten auf Bühne 1. Entscheidend ist es also, den Blickwechsel zu beobachten, d.h. von dem Blick zwischen erwachsenen Personen hin zu einem Blick, bei dem der Patient zwar den Therapeuten anschaut, während er von seinen Problemen spricht, dabei aber gleichzeitig nach innen schaut, ohne sich dessen bewusst zu sein. In seinem Geiste betritt er dabei eine Art Zeitmaschine und sieht beim Anblick des Therapeuten unbewusst Bilder z.B. seiner realen Eltern vor seinem geistigen Auge und mit ihnen auch Bilder von sich selbst sowie Körperbilder von sich selbst aus dieser Zeit. Der Patient fühlt in diesem Moment in seinem geistigen Körper die erinnerte Altersstufe, und häufig können wir etwas von dieser Veränderung in seinem Körper sehen. Der Patient schaut also auf seine Geschichte und passt den Therapeuten da hinein. Er sieht scheinbar den Therapeuten im Hier und Jetzt, aber vor seinem geistigen Auge sieht er historische Figuren aus seiner Vergangenheit und reagiert darauf, als seien sie gegenwärtig. Und er ist sich dessen nicht bewusst.

Häufig findet der Wechsel zwischen dem Sehen mit den wirklichen Augen - Schirm 1 - und dem Sehen mit dem geistigen Auge - Schirm 2 - auch außerhalb des Übertragungsgeschehens statt. Stellen wir uns einen Patienten vor, der mit seinem Therapeuten spricht und dabei Blickkontakt hält. Er befindet sich auf Bühne 1 und sieht eine wirkliche Person mit seinen wirklichen Augen auf Schirm 1. Wenn dieser Patient nun sagt: “Oh, meine Frau hat heute morgen mit mir geschimpft und gesagt ...” und dabei seine Augen vom Therapeuten abwendet, indem er nach oben oder leicht zur Seite schaut und mit seinen Armen und Händen zu gestikulieren beginnt, dann erkennen wir daran, dass in diesem Moment das geistiges Auge des Patienten erwacht ist und er seine Frau an der Stelle im Raum sieht, auf die er schaut. Wenn wir also erkennen wollen, wann Patienten jemand anders sehen und auf Erinnertes reagieren, müssen wir auf ihre Augen achten. Es gilt, unterscheiden zu lernen, ob die Patienten mit ihren wirklichen Augen nach außen schauen oder mit ihrem geistigen Auge nach innen. Sobald ein Objekt vor ihrem geistigen Auge erscheint, offenbart der Körper Bewegungs- und Handlungsimpulse, die sich genau auf das Gesehene beziehen.

Das innere Theater im Geist

Sehen wir etwas vor unserem geistigen Auge, handelt es sich nicht allein um einen Schirm, auf dem wir einfach nacheinander verschiedene Gesichter sehen. Wir erleben es vielmehr als eine innere Arena, in der erinnerte Personen, Szenen und Interaktionen *räumlich* angeordnet dargestellt werden. Wenn der Patient sagt: „Oh, meine Frau", dann ist es, als ob er die Wörter „meine Frau" selbst hört und daraufhin im Gehirn eine Suche nach erinnerten Gesichtern seiner Frau einsetzt, die im nächsten Moment ein aufgezeichnetes Band aktiviert, dessen Vorstellung der Patient in seinem "inneren Theater" erneut als Zuschauer beiwohnt. Der Patient sieht also seine Frau in einer ganz spezifischen Situation. Wir könnten annehmen, dass es sich dabei um eine exakte Wiedergabe des morgendlichen Ereignisses handelt. Dies ist jedoch nicht der Fall. In dem Moment, in dem Erinnerungen in dieser Arena visualisiert werden, ist das, was wir sehen, nicht mehr die genaue Wiedergabe des ursprünglichen Ereignisses. Pesso geht von einer engen Verbindung von Erinnerungen und Imagination aus. Er vermutet, dass es sich um ein und dieselbe innere Plattform handelt, auf der wir sowohl unsere visualisierten Erinnerungen als auch unsere Imaginationen zu sehen vermögen. In diesem inneren Theater können wir uns Dinge und Erlebnisse vorstellen, die nie stattgefunden haben, oder erinnern, was wir erlebt haben. Bei Erinnerungen handelt es sich immer um eine Re-Konstruktion des tatsächlichen Ereignisses und damit um eine Imagination. Die Forschungsergebnisse der Gedächtnis- und Imaginationsforschung bestätigen, dass es keine quasi in Stein gehauenen reinen Erinnerungen gibt. So gesehen sind Erinnerungen immer frisch. Sie entstammen einem kreativen Prozess des Gehirns in dem Moment, in dem sie re-konstruiert werden.

Wir alle nutzen dieses innere Theater in unserem Geist nicht nur für unsere Erinnerungen, sondern auch für Imaginationen, wenn wir z. B. Geschichten hören oder ein Buch lesen. Es ist die Macht der Wörter in unserem Geist, Bilder entstehen zu lassen, die uns zu faszinierten und zuweilen gefesselten Zuhörern und Lesern werden lässt. Einen eindrucksvollen Beleg dafür liefern die Ereignisse während der Radioübertragung des weltersten Science-Fiction-Hörspiels „Krieg der Welten" von Orson Welles in den USA im Jahre 1938, als Tausende von Einwohnern New Jerseys vor den Marsianern flohen. Das Hörspiel wurde so authentisch vorgetragen, dass viele an eine wirkliche Mars-Invasion glaubten, obwohl zwischendurch immer wieder Hinweise darauf gegeben wurden, dass es sich um ein Hörspiel handelte. Beispielhaft hierfür ist etwa auch folgende Passage aus „Die Grube und das Pendel" von Edgar Allan Poe (2000): „Es wäre nutzlos, die langen, bangen, grässlichen Stunden des Todesgrauens zu schildern, während derer ich die sausenden Schwingungen des fürchterlichen Stahles zählte. Zoll um Zoll, Strich um Strich senkte es sich kaum merklich tiefer, mit erschreckender Beharrlichkeit in immer gleichen Abständen, die mir wie eine Ewigkeit vorkamen. Tage vergingen, viele Tage mochten vergangen sein, bis es so dicht über mir hin und her sauste, dass sein beißender Atem mich fächelte. Der Geruch des scharfgewetzten Stahles drang mir in die Nase. Ich betete, ich flehte den Himmel an, er möge das Senken des fürchterlichen Pendels beschleunigen! Rasender Wahnsinn fraß sich in mein Gehirn, wild bäumte ich mich auf, damit das vernichtende Schwert mich früher träfe! Dann aber sank ich plötzlich zurück, eine unheimliche Ruhe legte sich über mich, und wie ein Kind, das sein seltsames Spielzeug betrachtet, blickte ich lächelnd dem blitzenden Tod entgegen." Wir lesen es, wir sehen es, und wir fühlen etwas als Reaktion darauf. Wir können also in unserem geistigen Auge Szenarien konstruieren, deren Betrachtung uns wirklich berührt und unseren inneren, körperlichen und emotionalen Zustand verändert, gleichgültig ob es sich hierbei um Erinnertes oder Erfundenes handelt.[1]

Diesen Sachverhalt machen wir uns im Prozess des Microtrackings bewusst zu Nutze. Wir verhalten uns in der Therapie ähnlich wie die Zuhörer eines Geschichtenerzählers und versuchen Bilder entstehen zu lassen, die durch die Worte des Klienten ausgelöst werden. Wir eröffnen dafür als PBSP-Therapeuten ein eigenes äquivalentes inneres Theater. Dabei handelt es sich nicht um die Arena unserer eigenen Erinnerungen. Wir versuchen also nicht, das vom Patienten Gehörte mit unseren eigenen Erfahrungen in Verbindung zu bringen. Stattdessen stehen wir, bildlich ausgedrückt, an der Seite des Patienten und stellen ihm bewusst ein kleines Stück unseres Imaginationstheaters zur Verfügung, in dem wir die Erinnerungen des Patienten abzubilden suchen und die beschriebene Szene damit vor unserem geistigen Auge sehen, genauso wie sie der Patient gerade vor seinem geistigen Auge sieht. Der Therapeut und der Patient schauen dann gemeinsam auf die erinnerte Szene und das darin enthaltene Dilemma. Wenn der oben erwähnte Patient also sagt: „Oh, meine Frau ...", sehen wir im selben Moment vor unserem geistigen Auge seine Frau. Wenn er fortfährt „... hat heute Morgen zu Hause am Frühstückstisch ...", dann sehen wir sein Zuhause, seine Küche und darin den Frühstückstisch, „... lautstark mit mir geschimpft, und unser Sohn war auch dabei". Im selben Moment sehen wir seine Frau schimpfend und seinen Sohn mit am Tisch sitzen. Wenn er fortfährt: „Wir haben uns daraufhin so heftig gestritten, dass sich der Kleine erschrocken hat und in seinem Kinderstühlchen angefangen hat zu weinen", schrumpft der Sohn oder wächst vor unserem geistigen Auge, je nachdem, wie wir ihn uns vorgestellt haben. Wir fangen also an, gemeinsam mit dem Patienten die erinnerte Szene zu sehen, um uns einen Zugang zu seinem inneren Erleben in diesem Moment der Erinnerung zu erschließen. Wir versuchen möglichst genau zu erfassen, wie es sich für den Patienten von innen her anfühlt, während er vor seinem geistigen Auge sieht, was er erinnert. Würden wir einfach nur zuhören,

[1] Es ist dieser Schirm des geistigen Auges, auf dem die idealen Figuren erfunden werden, die entsprechende korrigierende Interaktionserfahrungen ermöglichen. Es kommt entscheidend darauf an, dass alles, was sich später auf der Bühne 3 als entwickelte Szene im Therapieraum abspielt, sich im selben Moment genauso auch im inneren Theater im Geiste des Patienten ereignet. Nur dann ist es für den Patienten mehr als ein Spiel, in dem er nur so tut, als ob; nur dann kann er wirklich fühlen, was geschieht. Wir kommen später darauf zurück.

ohne eine äquivalente innere Arena in unserem Geist zu eröffnen, würden wir auch nichts bewusst vor unsrem geistigen Auge sehen und möglicherweise das Gesagte zwar interessant finden, ohne jedoch dessen emotionale Bedeutung für den Patienten ausreichend genau erfassen zu können. Da es die Kraft der Wörter ist, die die Bilder entstehen lässt, ist es umgekehrt wichtig, dass die Wortwahl des Therapeuten klar und eindeutig ist, weil jedes seiner Worte auch ein Bild im Gehirn des Patienten erzeugt. Wir werden darauf später zurückkommen. Zuvor wollen wir noch die weiteren Blicke beschreiben, deren Unterscheidung Pesso einsetzt, um abzuschätzen, was im gegenwärtigen Bewusstsein des Patienten vor sich geht.

Wenn der Patient seinen Blick vom Therapeuten abwendet, bedeutet dies keineswegs immer, dass in diesem Moment sein geistiges Auge aktiviert ist und er auf innere Bilder schaut. Es kann auch sein, dass er nach oben oder zur Seite schaut, um nachzudenken. Wenn wir nachdenken, dann denken wir nicht in Bildern, sondern mit Wörtern, wobei sich dies in einem anderen Gesichtsausdruck widerspiegelt. Weitere unterscheidbare Blicke lassen erkennen, wann Patienten Erinnerungen in ihrem Geiste überfliegen und nach etwas Bestimmtem absuchen oder wann sie sich auf ihre eigene Viscera konzentrieren und gewissermaßen versuchen, mit ihren Sinnen zu sehen, was sie in ihrem Körper fühlen. Für das Microtracking ist es wichtig, diese unterschiedlichen Blicke erkennen und unterscheiden zu lernen, um den inneren Prozess des Patienten zu erahnen und abschätzen zu können, was sich in jedem Moment seines gegenwärtigen Bewusstseins abspielt. Im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit stehen minimale Bewegungen um die Augen und im Gesicht des Patienten, da sich in seiner Mimik Emotionen und Affekte besonders rasch und differenziert erkennen lassen (vgl. Damasio, 2000, Ekman, 2004).

Wir greifen nun den eingangs dargestellten Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und Handlung wieder auf. Wir haben gesagt, dass eine Wahrnehmung automatisch und unbewusst eine körperliche Reaktion auslöst, die den Organismus darauf vorbereitet zu handeln, um mit seiner Umgebung erfolgreich interagieren zu können. Es gibt also eine Wahrnehmung, die bewusst oder unbewusst sein kann, und eine augenblickliche, unbewusste körperliche Reaktion darauf. Zusätzlich jedoch kommt es zwischen der Wahrnehmung und der körperlichen Reaktion zu einem Wechsel des affektiven Zustands, der sich auf die Wahrnehmung und die körperliche Reaktion bezieht und unmittelbar an der Schwelle des Bewusstsein steht. Diese wechselnden Affekte sind vor allem im Gesicht einer Person erkennbar und können dadurch, dass sie von außen registriert und treffend benannt werden, dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden. Der Therapeut achtet darüber hinaus sorgfältig auf die Körperhaltung, Bewegungen und Gesten des Patienten. Auch das genaue Hinhören, z.B. auf den Klang der Stimme, und die Analyse jedes einzelnen verwendeten Wortes oder vom Patienten eingesetzter Redewendungen hilft dem Therapeuten, unbewusste Emotionen des Patienten zu erkennen. Dieses Aufgreifen momentaner affektiver Veränderungen stellt ein methodisches Herzstück des Microtrackings dar. Es ist wiederum Damasio (2004), der darauf hinweist, dass es des erweiterten Bewusstseins bedarf, um ein Gefühl bewusst zu erleben. Methodisch wird es umgesetzt mit Hilfe einer eigens dafür imaginierten Figur, nämlich der Figur des Zeugen.

Die Figur des Zeugen

Die symbolische Figur des Zeugen ist definiert als eine achtsame, freundliche, benennende und bestätigende Figur auf der Bühne 1 des scheinbaren Hier und Jetzt des Therapieraums. Der Zeuge kann entweder im Raum vorgestellt oder, im Falle einer Gruppentherapie, auch durch ein Gruppenmitglied in der Rolle des Zeugen verkörpert werden. Die Funktion der Zeugenfigur besteht darin, den fortlaufend wechselnden Gesichtsausdruck des Patienten aufmerksam zu beobachten und die darin ablesbaren, teilweise unbewussten Affekte nach Anweisung durch den Therapeuten passend zu benennen. Dabei geht es nicht darum, zu paraphrasieren oder zu interpretieren, wie der Patient von *außen* betrachtet wirkt, sondern es kommt auf Seiten des Zeugen nun darauf an, ein Wort dafür zu liefern, das möglichst genau beschreibt, wie der jeweilige Zustand durch den Patienten von *innen* gefühlt wird. Neben diesem neu hinzugefügten Adjektiv - wie z. B. ängstlich, verletzt, hilflos, wütend, skeptisch, empört etc. -, welches das zu dem affektiven Zustand passende Erleben als Gefühl treffend benennt, wiederholt der Zeuge Wort für Wort den Kontext, wie der Patient ihn zuvor formuliert hat. Dabei ist die Aussage des Zeugen immer nach einer festgelegten Vorlage formuliert. Ein Zeuge könnte z.B. sagen: „Ich sehe, wie enttäuscht du bist, dass du wieder nicht mitfahren konntest zum Schwimmen." Der Zeuge richtet seine Aussage an die Adresse des Patienten. Die Einleitung „Ich sehe ..." soll ausdrücken, dass diese Figur einen erkennbaren Sachverhalt objektiv bezeugt. Mit der Ergänzung des Wortes „enttäuscht" benennt er das Erleben des gegenwärtigen Gefühls möglichst passend, bevor er den Kontext des Gefühls mit der wörtlichen Wiedergabe „... dass du wieder nicht mitfahren konntest zum Schwimmen" wiederholt. Das Wort „wie" gibt die Dimension des Gefühls an. Diese könnte auch gesteigert werden durch „... wie tief enttäuscht du bist ..." oder noch weitergehend „... wie unendlich enttäuscht du bist ...". Wenn unser oben erwähnter Patient mit seinen Armen gestikulierend sagt: „Oh, meine Frau hat heute Morgen am Frühstückstisch lautstark mit mir geschimpft ...", könnte ein Zeuge beispielsweise sagen: „Ich sehe, wie wütend du bist, wenn du dich daran erinnerst, dass deine Frau heute Morgen am Frühstückstisch lautstark mit dir geschimpft hat". Wenn der Patient dann zustimmend nickt und mit leicht zitternder Stimme fortfährt "... und unser Sohn war auch dabei. Wir haben uns daraufhin so heftig gestritten, dass sich der Kleine erschrocken hat und in seinem Kinderstühlchen angefangen hat zu weinen", könnte ein Zeuge erwidern: „Ich sehe, wie schmerzerfüllt du bist, wenn du dich erinnerst, dass euer Sohn auch dabei war und ihr euch so heftig gestritten habt, dass sich der Kleine erschrocken hat und in seinem Kinderstühlchen angefangen hat zu weinen." Alternativ dazu könnte eine Zeugenaussage beispielsweise auch eines der folgenden Adjektive enthalten: Ich sehe, wie ungerecht behandelt, entrüstet,

empört, zurechtgewiesen, respektlos behandelt, klein gemacht, gedemütigt, verspottet, streitbar, angriffslustig, verärgert, wütend, erniedrigt, verletzt, abgewertet ... du dich fühlst, wenn du dich daran erinnerst, dass deine Frau heute Morgen am Frühstückstisch lautstark mit dir geschimpft hat und wie entsetzt, entschuldigend, erschrocken, beschämt, belastet, besorgt, führsorglich, mitfühlend, bestürzt, traurig, schuldbewusst, aufgewühlt, verzweifelt, schuldig, niedergeschlagen, bedauernd, erbärmlich, verantwortlich, geschockt, betroffen ... du empfindest, wenn du dich erinnerst, dass euer Sohn auch dabei war und ihr euch so heftig gestritten habt, dass sich der Kleine erschrocken hat und in seinem Kinderstühlchen angefangen hat zu weinen. Die Auswahl des passenden Adjektivs trifft der Therapeut anhand der genauen Analyse des Gesichtsausdrucks des Patienten sowie seiner Stimme, seiner Körperhaltung und seiner Bewegungen.

Es ist möglich, dass der Patient erneut kräftig zustimmend nickt und nun unter Schluchzen ergänzt: „Der Kleine kann doch gar nichts dafür, wenn wir uns streiten", und daraufhin zu weinen beginnt, während er seinen weinenden Sohn in seinem Kinderstühlchen vor seinem geistigen Auge sieht. Die Formulierung der Zeugenaussage „Ich sehe, wie schmerzerfüllt du bist, wenn du dich erinnerst ...", soll dem Patienten helfen zu erkennen, dass sein emotionaler Schmerz, den er in seinem Körper fühlt, das Resultat eines erinnerten Ereignisses ist. Obwohl sich das Fühlen gegenwärtig ereignet, wird es ausgelöst durch die Erinnerung an Vergangenes. Diese Unterscheidung zwischen Vergangenheit und Gegenwart soll dazu dienen, das „Ich" des Patienten in der Gegenwart zu verankern, während er gleichzeitig die Wirkung der Erinnerung fühlt und erlebt. Der Patient erkennt, dass seine Empfindungen in dem Moment, in dem er vor seinem geistigen Auge seinen Sohn weinend in seinem Kinderstühlchen sieht, aus erinnertem Verhalten, erinnerten Affekten und erinnerten Gedanken bestehen, die sich auf das erinnerte Bild seines Sohnes beziehen. Gleichzeitig ermöglichen es ihm die Zeugenaussagen in der Gegenwart, sich selbst objektiv durch die Augen des Zeugen zu betrachten. Insofern wird der Zeuge zu einer Schablone, einer Art Mustervorlage für die Fähigkeit des Patienten, sich selbst objektiv sehen zu lernen. Die Zeugenbotschaften helfen dem Patienten, seinen eigenen Prozess bewusster zu erleben. Er ist dadurch nicht nur in seinem Prozess, sondern sieht sich auch selbst, während er in diesem Prozess ist. Es ist die Fähigkeit, nicht nur subjektive emotionale und affektive Zustände zu erleben, sondern diese auch zu überwachen und den dazugehörigen Gefühlszustand passend benennen zu können. Diese Fähigkeit wird in der Pesso-Therapie als wesentlicher Teil der Selbststeuerung betrachtet. Wenn die Selbststeuerungsfunktion des Patienten, Pilot genannt, nicht in der Gegenwart verankert wird, kann der Patient in einen regressiven Zustand kommen, in dem er nicht mehr zwischen Erinnerung und Gegenwart unterscheidet. Er hätte dann kein klares Bewusstsein dafür, dass er z.B. als Erwachsener in der Gegenwart ein erinnertes Gefühl aus seiner Kindheit wiedererlebt, sondern würde glauben, in diesem Moment (wieder) dieses Kind zu sein. In der Pesso-Therapie werden solche Prozesse nicht unterstützt. Ziel dieses Ansatzes ist es, wie dargelegt, dem Patienten Erinnerungen an prägende Ereignisse zu ermöglichen, die einem dysfunktionalen Muster in der Gegenwart zugrunde liegen. Der Pilot ist dabei immer in der Gegenwart verankert und wird sowohl vom Therapeuten als auch von der Zeugenfigur in der Gegenwart angesprochen, während der Patient Wahrnehmungen, Handlungsimpulse, Emotionen und Gedanken erinnert.

Die Zeugenaussagen entspringen nicht spontan der Intuition des Zeugen, sie werden vielmehr vom Therapeuten organisiert. Es sind seine verfeinerten und trainierten Fähigkeiten, flüchtige Affekte rasch und treffend benennen zu können und zugleich den Kontext Wort für Wort zu erinnern. Jede Zeugenaussage wird vom Therapeuten dem Patienten zur Billigung mitgeteilt, bevor sie von der Figur des Zeugen an den Patienten gerichtet wird. In diesem Zusammenhang kommt es entscheidend auf die Reaktion des Patienten an. Eine passende Zeugenaussage löst eine unmittelbar sichtbare zustimmende Reaktion des Patienten aus, die sich in der Regel durch ein kräftiges bestätigendes Kopfnicken ausdrückt. Bleibt diese Reaktion aus, so ist dies ein sicheres Indiz dafür, dass entweder die Benennung des Affektes nicht zutreffend ist oder der Kontext nicht genau genug wiedergegeben wurde. Dann sieht es so aus wie Microtracking, ist aber kein Microtracking. Es kommt bei der Konstruktion der Zeugenaussage durch den Therapeuten, wie bereits oben erwähnt, entscheidend auf dessen Wortwahl an. In Bezug auf die Wortwahl für den Affekt ist dies nahe liegend. Würde der Zeuge „belustigt" oder „gleichgültig" sagen, würde es den Patienten irritieren, anstatt ihm zu mehr Klarheit zu verhelfen. Warum aber ist die penible wörtliche Wiedergabe des Kontextes so entscheidend, ja geradezu unentbehrlich? Sie ist es, weil es auch hier wieder die Worte sind, die die relevanten Bilder vor dem geistigen Auge entstehen lassen. Würde der Zeuge paraphrasieren und sagen: „Ich sehe, wie schmerzerfüllt du bist, wenn du dich erinnerst, wie euer Sohn geweint hat", wird der Patient weitere andere Anlässe vor seinem geistigen Auge erinnern, bei denen sein Sohn geweint hat, die aber nichts mit dem morgendlichen Ereignis zu tun haben und völlig andere Affekte in ihm hervorrufen. Die Wirksamkeit des Microtrackings ist abhängig von der Präzision, mit der es durchgeführt wird, in jedem Detail.

Sie werden sich vielleicht schon gefragt haben, warum der Therapeut die Zeugenaussagen nicht einfach selbst in der Ich-Form an den Patienten richtet, indem er sagt: „Ich sehe, wie ..." Der Unterschied ist der, dass die Patienten dann lediglich sich selbst und den Therapeuten wahrnehmen, d.h., der Patient bezieht alles, was mit ihm geschieht, auf den Therapeuten. Er sieht nur den Therapeuten mit seinen wirklichen Augen und vor seinem geistigen Auge, wie er vor ihm sitzt und ihn anschaut und möglicherweise erkennt und benennt, was er fühlt. Dadurch würde die Beziehung zwischen Therapeut und Patient stark intensiviert, und es könnte zu Abhängigkeiten des Patienten von dem Therapeuten kommen. Der Patient würde den Prozess nicht mit sich selbst verbinden, sondern dem Therapeuten zuschreiben und sagen: „Oh, ich bin Ihnen so dankbar dafür, wie Sie mich verstehen, ich brauche Sie, um das fortzusetzen." Wenn der Therapeut aber in seiner Phan-

tasie eine dritte Person in dem Raum neben den Patienten und sich selbst stellt und deren Platz mit einer Handbewegung anzeigt, könnte er sagen: „Wenn ein Zeuge hier wäre, würde er sagen: ‚Ich sehe ...'" Dann schauen die Patienten auf die angezeigte Stelle im Raum und beginnen, sich eine Person vorzustellen. Sie fühlen dann die Anwesenheit einer dritten Person im Raum, die sieht und benennt, was sie fühlen. Der Therapeut erklärt, dass er, wann immer der Patient ein Gefühl in seinem Gesicht zeige, eine solche Figur - Zeuge genannt - einbringen werde, die dieses Gefühl sehen kann und ein Empfinden dafür hat, wie er sich innerlich fühlt. Therapeut: „Wir werden dieser Figur helfen, einen Namen für dieses Gefühl zu finden und den Kontext des Gefühls wiederzugeben. Auf die Weise können Sie auf sich selbst schauen mit dem Wissen, dass Sie dieses Gefühl haben und es nicht nur fühlen. Es hilft ihnen also dabei, sich ihres eigenen Prozesses bewusster zu werden." Der Therapeut kann zusammenfassend sagen: „Ich werde die Figur erfinden, die Ihnen dabei hilft, sich selbst zu sehen und Ihren eigenen Affekt für sich selbst passend zu benennen." Auf diese Weise ist der Patient in den Vorgang aktiv einbezogen und schreibt ihn nicht allein dem Therapeuten zu. Der Patient kann damit beginnen, die Zeugenfigur als ein Modell für seine eigenen Kapazitäten zu sehen, sich selbst zu begreifen. Der Zeuge dient dem Patienten also als Vorlage zur Entwicklung seines eigenen Piloten.

Bis hierher haben wir uns mit der Bedeutung der Wahrnehmung, und einer daraus unmittelbar resultierenden körperlichen Reaktion zur Vorbereitung einer Handlung befasst. Wenn jedoch die Beziehung zwischen dem wahrgenommenen Objekt und der vorbereiteten Handlung für den Organismus von großer Bedeutung ist, resultiert daraus zusätzlich ein Wechsel des affektiven Zustandes des Organismus. Dieser Wechsel kann von außen beobachtet werden. Der neu auftretende affektive Zustand kann von außen erkannt und durch passende Benennung dessen, wie sich das Erleben dieses Affektes für den Patienten von innen anfühlt, zu einem bewusst erlebten Gefühlszustand anschwellen. Was uns als letzter Bestandteil des gegenwärtigen Bewusstseins noch fehlt, um es genau verfolgen zu können, sind die Gedanken. Ihnen wenden wir uns nun zu.

Die innere Stimme

Gedanken laufen unaufhörlich durch unseren Kopf. Es ist, als gäbe es einen inneren Geschichtsschreiber, der alles, was geschieht, in einen verbalen Kontext bringt und fortlaufend Kommentare über das Leben abgibt.

Unsere Gedanken sind Erklärungsversuche, die unser Gehirn hervorbringt, um Situationen und Ereignisse, in denen wir uns wiederfinden, zu verstehen. Unser Gehirn sucht fortlaufend sinnvolle Erklärungen für das zu finden, was gerade vor sich geht, und geht dabei so logisch wie möglich vor, was allerdings nicht heißt, dass diese Erklärungen auch stimmen. Wir können diesen Vorgang nicht nur bei Erwachsenen, sondern sehr gut auch bei Kindern beobachten, wenn sie in laut geäußerten Gedanken versuchen, unerwartete Ereignisse oder Verhaltensweisen ihrer Umgebung einzuordnen und Sinn stiftende Erklärungen dafür entwickeln. So kann z.B. ein fünfjähriges Mädchen auf das Ereignis, dass der geliebte Familienhund aufgrund einer unheilbaren Erkrankung eingeschläfert werden musste, feststellen: „Ich weiß, warum Ben sterben musste. Weil Papa sich immer so viel um uns (sie und ihre Geschwister) kümmern musste." Kinder wie Erwachsene versehen jedes Ereignis am Schluss mit einer Bedeutung. Dieser Gedanke wird so zu einem Teil unserer Erfahrung und damit unseres Wissens über das Dasein insgesamt. Er beeinflusst, wie wir die Welt verstehen und wie wir glauben, in ihr zurechtzukommen. Dieser Gedanke entspringt zunächst unserer emotionalen Aktivität und dient uns als *Erklärung* für Verhaltensweisen. Später jedoch, wenn diese Vorstellung von der Realität sich als Überzeugung eingeprägt hat, wird der Gedanke zu einem äußerst wirksamen *Kontrollmechanismus* für unsere emotionale Aktivität. Diese Gedanken entstehen aus Emotionen, und später kontrollieren sie sie. Um dies zu verdeutlichen, kommen wir auf unseren oben beschriebenen Patienten zurück. Es ist möglich, dass sein Weinen abrupt endet und er entschlossen und mit fester Stimme sagt: „Ich sollte hier nicht herumheulen, das bringt sowieso nichts." Das ist ein Gedanke. Dieser Gedanke enthält eine Bewertung des vorausgegangenen Ausdrucks seines Gefühls und liefert gleichzeitig eine generalisierte Anweisung zum Umgang mit solchen Situationen. Es ist nahe liegend anzunehmen, dass es sich hier eher um einen erinnerten Gedanken als um das Ergebnis einer aktuellen Überlegung handelt. Im Prozess des Microtrackings achten wir auf derartige Äußerungen des Patienten, die seine Werte und Überzeugungen, sein Regelsystem und seine Glaubenssätze enthalten. Sie spiegeln seine Möglichkeit des Zurechtkommens in einer Welt wider, wie er sie zu einem früheren Zeitpunkt vorgefunden hat. Es sind sozusagen die besten Erklärungen, die der Patient mit Hilfe seines Piloten zur Bewältigung seiner Situation geben kann. Er ist von ihrer Richtigkeit absolut überzeugt und wird sich nach ihnen richten. Es macht keinen Sinn, dagegen zu argumentieren, da diese Gedanken Antworten auf wirklich erlebte negative Ereignisse darstellen, aus denen seine Lebenshaltung hervorgegangen ist. Sie beruhen also auf den individuellen Lebenserfahrungen des Patienten. Auch Versuche des Therapeuten, durch bestätigende oder unterstützende Aussagen dieser negativen Aussage des Patienten etwas entgegenzusetzen, wären wenig effektiv. Ein neuer positiver Gedanke könnte glaubhaft nur als Ergebnis eines neuen positiven Ereignisses entstehen.

Im Microtracking behandeln wir die Gedanken methodisch anders als Emotionen. Während Emotionen von der Zeugenfigur begleitet werden, wandeln wir diese Gedanken in innere Stimmen um, indem wir lediglich die Pronomina verändern und dem Patienten den Inhalt erneut Wort für Wort zur Kenntnis bringen. Der Therapeut könnte also dem Patienten entgegnen: „Das klingt wie eine Stimme der Kontrolle, die sagt: ‚Du solltest hier nicht herumheulen, das bringt sowieso nichts!'" Diese Intervention präsentiert der Therapeut dem Patienten genauso wie eine Zeugenaussage zunächst als Vorschlag. Nach Billigung durch den Patienten würde der Therapeut erneut mit seinen Händen auf eine Stelle im Raum hindeuten, wo eine symbolische Figur in der Rolle der Stimme der Kontrolle erscheint, und diese Aussage im Tonfall einer Anweisung oder eines Befehls wiederholen. Im gruppen-

therapeutischen Setting kann der Patient auch ein anderes Gruppenmitglied bitten, diese Rolle zu übernehmen.

Der Hintergrund dieses Vorgehens ist der, dass das Selbst des Patienten auf diese Gedanken so reagiert, als seien sie „hypnotische Suggestionen" (Pesso, 1999a). Obwohl es sich ursprünglich lediglich um ihre eigene Einschätzung und Vermutung handelte, werden diese, nachdem sie in das Glaubenssystem integriert worden sind, wie in Stein gehauene, unumstößliche Wahrheiten erlebt und entsprechend unbemerkt und ungeprüft akzeptiert. Der Weg über die Externalisierung dieser Gedanken ermöglicht es dem Patienten, sich von den Wirkungen und einer automatischen, unbemerkten Akzeptanz dieses Gedankens zu befreien. Im Gegenteil wird der Gedanke, nachdem er von außen wahrgenommen wurde, scheinbar einer erneuten Prüfung unterzogen. Es ist, als habe die Seele nun die Möglichkeit, dagegen zu rebellieren. Die Externalisierung erleichtert es dem Patienten, den eigenen inneren Prozess aus einem Blickwinkel heraus zu betrachten, in dem er nicht nur in seinem Prozess ist, sondern gleichzeitig auch auf sich und seinen Prozess schauen kann. Ähnlich wie durch die Zeugenaussagen wird auch hier der Pilot des Patienten aktiviert, was es ihm erleichtert, eine andere Strategie in Betracht zu ziehen.

Neben einer Stimme der Kontrolle können auch andere Stimmen auftauchen, wie z.B. eine Stimme der Wahrheit („Du kannst nicht wirklich lebendig sein" oder „Du bist vollkommen isoliert in einem unsicheren Universum"), oder eine Stimme der Warnung („Wenn du weitergehst, kannst du außer Kontrolle geraten"), eine Stimme der Strategie („Es ist ein Fehler, schwach zu sein" oder „Vermeide, zu viel zu fühlen"), der Vernunft („Fühle nicht deinen Ärger, denke an ihre Grenzen"), der Resignation („Du kannst dich anstrengen, wie du willst, du wirst es nie verstehen"), der Moral („Du kannst nicht mit zwei Männern zusammen sein. Du musst eine Entscheidung treffen"), der negativen Vorhersage, der Überlebensstrategie, der Dissoziation etc. Die Bezeichnung der Stimme ist abhängig von der Wirkung auf den Patienten bzw. von ihrer Funktion für den Patienten.
Alle diese Aussagen spiegeln vielleicht nicht die beste Art zu leben wider und stellen dennoch die Gesetze dar, nach denen sich Menschen richten. Sie müssen nicht wahr sein, aber sie bemühen sich dennoch, diese „Wahrheit" zu leben. Indem wir im Microtracking versuchen, Patienten darin zu folgen, verhelfen wir ihnen dazu, ein Gespür dafür zu finden, was sie in diesem Augenblick fühlen und wie sie in diesem Moment über die Welt denken. Indem wir diese beiden Aspekte ihres gegenwärtigen Bewusstseins möglichst präzise hervorheben, aktivieren wir ihren Piloten und versetzen diesen in die Lage, das verbindende Muster zwischen dem Gefühl und dem Gedanken zu erkennen. Er beginnt nun damit, auf frühere ähnliche Muster zurückzublicken, und stellt den dazugehörigen historischen Kontext assoziativ zur Verfügung. Diesen Kontext nennen wir die **historische Szene**, in der das Problem bestand, das die heutigen Ansichten hervorgebracht und etabliert hat.

Wir kommen nun abschließend erneut auf unseren Patienten zurück. Die Stimme der Kontrolle sagte zuletzt: „Du solltest hier nicht herumheulen, das bringt sowieso nichts." Der Patient hört der Stimme aufmerksam zu, prüft einen Moment lang, blickt dann nach innen, als würde er etwas vor seinem geistigen Auge sehen. Er hat jetzt einen betroffenen Gesichtsausdruck und antwortet mit den Worten: „Das erinnert mich an früher. Meine Eltern haben sich während meiner ganzen Kindheit gestritten. Meine Mutter hat meinen Vater ständig herumkommandiert und uns fünf Kinder mit ihren Launen tyrannisiert. - Ich war der Älteste. Mein Vater war zu schwach, um sich gegen sie durchzusetzen. Ich habe mir damals geschworen: Lieber ein Ende mit Schrecken als ein Schrecken ohne Ende!" Dem Therapeuten ist bewusst, dass der Patient nun diese Szene vor seinem geistigen Auge erinnert und vermutlich auch sein geistiger Körper aktiviert ist, d.h., er fühlt diese Szene erneut in seinem Körper von damals. Der Therapeut aktiviert nun seinerseits seinen inneren Schirm und versucht, sich die damalige Szene dort räumlich vorzustellen. Er sieht vor seinem inneren Auge den Patienten als Jungen in dessen Kindheit, seine Mutter und seinen Vater in seiner Kindheit und seine vier Geschwister in seiner Kindheit. Er ist sich auch bewusst, dass der Patient in diesem Moment nicht nur Bilder erinnert, sondern auf diese Bilder auch mit erinnerten Handlungsimpulsen, erinnerten Emotionen und erinnerten Gedanken reagiert. Er wird nun schrittweise versuchen, seinen inneren Schirm mit dem inneren Schirm des Patienten zu synchronisieren und gemeinsam mit ihm die innere Bühne im Geist auf die Bühne 3, die Strukturbühne, zu externalisieren. Er wird vorschlagen, die Mutter von damals, den Vater und die Geschwister von damals durch Objekte oder Rollenspieler symbolisieren zu lassen, und er wird dabei darauf achten, ob der Patient tatsächlich seine inneren Bilder auf diese Symbole projiziert und der Raum damit tatsächlich zum Äquivalent seines inneren Theaters wird. Erst wenn dies erreicht ist, hat der Prozess des Microtrackings sein Ziel erreicht. Wenn der Patient seine innere Szene im Theater seines Geistes nun auf der Bühne der Struktur außerhalb vor sich sieht, wird dies seine motorischen und emotionalen Impulse weiter intensivieren. Dann geht es darum, dass der Patient zu dem Ereignis bzw. den Ereignissen geht, welche die Dysfunktion verursacht haben. Dabei können unterdrückte Emotionen ausgedrückt und unterdrückte motorische Impulse ausgeführt werden (vgl. Perquin, 1996). Danach - oder parallel dazu - beginnt der Therapeut damit, gemeinsam mit dem Patienten ein Gegenereignis zu entwickeln, das für ihn glaubwürdig ist. Dabei schauen wir auf alles, was in dieser Geschichte falsch war, und auch danach, worum es dabei ging, z.B. um die Befriedigung von Grundbedürfnissen etc. In dieser Phase achtet der Therapeut besonders darauf, dass der Patient neue Interaktionserfahrungen mit idealen Figuren, z.B. einem idealen Vater oder einer idealen Mutter, vor seinem geistigen Auge und in seinem geistigen Körper so zu erfahren vermag, als ob er in demselben Alter wäre wie damals, so dass diese Erfahrung zu einer alternativen Erinnerung neben der ersten Erinnerung werden kann. Zur ausführlicheren Darstellung über den Ablauf einer Struktur sei auf Pesso (1997), Moser, (1991), Schrenker und Fischer Bartelmann (2003) sowie insbesondere auf die weiteren Artikel dazu in diesem Themenheft verwiesen.

Der Prozess des Microtrackings soll dem Patienten dabei behilflich sein, sowohl die innere Arbeitsweise seines eigenen Bewusstseins zu sehen als auch seine körperlichen Reaktionen als Antworten darauf zu erfahren. Es ermöglicht ihm, den Gegensatz zwischen einem gegenwärtigen Gefühlszustand und seiner diesbezüglichen Kognitionen bewusst zu erkennen. Schließlich verhilft es ihm dazu, Personen und Ereignisse zu assoziieren, die mit der Entstehung einer gegenwärtigen Dysfunktion in Verbindung stehen. Diese Erinnerungen können dadurch einer weiteren therapeutischen Aufarbeitung zugeführt werden.

Literatur

Damasio AR (1995): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: List

Damasio AR (2000): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: List

Damasio AR (2004): Der Spinoza-Effekt. München: List

Edelman GM, Tononi G (2004): Gehirn und Geist. Wie aus Materie Bewusstsein entsteht. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Ekman P (2004): Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag

LeDoux J (2001): Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Marquez GG (2002) : Leben, um davon zu erzählen. Köln: Kiepenheuer & Witsch

Moser T (1991): Strukturen des Unbewussten. Stuttgart: Klett-Cotta

Perquin L (1996): Omnipotence and Limits in Pesso Boyden System Psychomotor: Guidelines for Limit Structures. Proceedings of the Second International Conference on PBSP. Southeastern Psychomotor Society, 1776 Century Boulevard, Atlanta, Georgia 30345, USA

Pesso A (1969): Movement in Psychotherapy. Psychomotor Techniques and Training. New York: University Press

Pesso A (1973): Experience in Action. A Psychomotor Psychology. New York: University Press

Pesso A (1997): PBSP – Pesso Boyden System Psychomotor. In: Caldwell C (ed.): Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies. Wheaton, USA: Theosophical Press

Pesso A (1999a): To become who we really are. An Introduction to Pesso Boyden System Psychomotor. Transcribed and edited by Lowijs Perquin and Pieter Perquin, Amsterdam. Lecture available on CD, Lperquin@wxs.nl

Pesso A (1999b): Stages and Screens: Psychoanalysis Revisited. Grand Rounds Lecture at Boston University Medical School, Department of Psychiatry

Pesso A (2000): Memory and Consciousness. Vortrag auf dem ersten Kongress der Niederländischen Vereinigung für Pessotherapie. Amsterdam

Pesso A (2001): Stages and Screens / Integration and Unification of Polarities. First European PBSP Supervisors Training. Edited by Lowijs Perquin and Pieter Perquin, Amsterdam. Lectures available on CD, Lperquin@wxs.nl

Pesso A (2003): Holes in Roles. Vortrag im Rahmen der Ausbildung in PBSP. Osnabrück

Pesso A (2004): The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience. In: Weiss H, Marlock G (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Pesso A, Crandell J (eds.) (1991): Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System/Psychomotor Therapy. Cambridge, MA: Brookline Books

Pesso A, Moser T (1986): Dramaturgie des Unbewussten. Stuttgart: Klett-Cotta

Piaget J, Inhelder B (1986): Die Psychologie des Kindes. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Poe EA. (2000): Erzählungen. Düsseldorf: Patmos Verlag, S. 361

Schrenker L, Fischer-Bartelmann B (2003): Pesso Boyden System Psychomotor. Pesso-Therapie – ein in Deutschland neues ganzheitliches Verfahren einer körperorientierten Form der Gruppentherapie. Psychotherapie 8 (2):306-314

Stern DN (1985): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta

Dipl.-Psych. Michael Bachg
Psychologischer Psychotherapeut
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Katholische Fachhochschule Norddeutschland
Therapeutisches Beratungszentrum
Lotter Straße 23 • 49078 Osnabrück
E-Mail: Thole-Bachg@t-online.de