



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

ZU DIESEM BUCH

M. Schmucker entwickelte Imagery Rescripting & Processing Therapy (IRRT) ursprünglich als schonendes Trauma-Konfrontationsverfahren: Belastende Bilder und tief sitzende Blockaden werden dabei mit imaginativen Mitteln so transformiert, dass eine emotionale Bewältigung erfolgen kann. In Zusammenarbeit mit R. Köster wurde diese innovative, wissenschaftlich gut erforschte Methode mit Erfolg auf andere Störungen mit Verarbeitungsblockaden übertragen. Dadurch eröffnen sich bei Anpassungsstörungen, Ängsten, Depressionen und komplizierter Trauer neue Behandlungsmöglichkeiten. An ausführlichen, z. T. mit Bildmaterial dargestellten Fallgeschichten erschließt sich die IRRT in ihrer ganzen Anwendungsbreite. Das Verfahren kann in alle psychotherapeutischen Ansätze integriert werden.

Mervyn Schmucker, Prof. Dr., Psychologe mit Schwerpunkt Traumatherapie, begann seine IRRT-Experimente 1989 an der Universität of Pennsylvania; langjähriger Mitarbeiter von Aaron Beck und Jeffrey Young sowie Forschungskollege von Edna Foa; arbeitet seit 2008 an der Waldschlößchen-Klinik in Dresden; IRRT-Trainer und -Supervisor.

Rolf Köster, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH in eigener Praxis, ärztlicher Leiter des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Bremgarten/Schweiz, Schwerpunkt Psychotraumatologie, Weiterbildungen in EMDR, Prolonged Exposure, Brief Eclectic Therapy of PTSD; IRRT-Trainer und -Supervisor.

Ausführliche Vita beider Autoren siehe Seite 434 f.

Mervyn Schmucker
Rolf Köster

Praxishandbuch IRRT

Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy
bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer

Klett-Cotta



Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2014 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Hemm & Mader, Stuttgart

Titelbild: Nicolas de Stael: »Bildnis Anne«, 1953

© VG Bild-Kunst, Bonn 2013

Gesetzt aus der Minion von Kösel, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89146-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Widmung

M. S.

Für **Christian Schmucker**,
der mir ein Vorbild als Pionier, Erforscher und Entdecker ist

Für **meinen Vater Jonathan**,
dessen tragischer Tod mich früh in meiner Kindheit herausforderte, meine Ressourcen zu entwickeln, und mich zu unserer »Begegnung« auf der INNEREN BÜHNE führte

Für **meine Mutter Mary**,
deren bedingungslose Liebe und Akzeptanz mich mein ganzes Leben begleitet hat und mir eine tiefe Quelle von innerer Kraft und Lebensfreude geschenkt hat

R. K.

Für **meine Frau Silvia**,
die mir immer noch näher kommt, je länger wir uns kennen

Im dankbaren Gedenken **an meine Eltern Franz und Elisabeth**,
die mir mit ihrem Humor und Optimismus, ihrer Warmherzigkeit und lebenspraktischen Intelligenz meine wichtigsten Lebensleitlinien mitgegeben haben

Inhalt

Vorwort (Martin Hautzinger und Dirk Zimmer)	13
Danksagungen	15
1 Einleitung	17
2 Die Entwicklung der Methode – ein Prozess wird entdeckt	19
2.1 Mervyn Schmucker	19
2.2 Rolf Köster	28
3 Grundlagen und Konzepte der IRRT	30
3.1 Allgemeine Bemerkungen	30
3.1.1 IRRT als eigenständige Methode	30
3.1.2 IRRT zur Behandlung von PTBS und anderen Störungen	31
3.1.3 Imaginationen zur Aktivierung von Emotionen	31
3.1.4 Die Bedeutung der Nuancen in der sprachlichen Formulierung	32
3.1.5 Psychische Störung als blockierter natürlicher Verarbeitungsprozess belastender Erlebnisse	33
3.1.6 Vermeidung und dysfunktionale Kognitionen als zentrale Ursachen gestörter Verarbeitung	34
3.1.7 Schemata als weitere Blockaden der Verarbeitung	34
3.1.8 Stabilisierung, Konfrontation und Retraumatisierung	36
3.2 Der IRRT-Prozess	38
3.2.1 IRRT als Wiedererleben und Um-Schreibung (Rescripting) in einem dreiphasigen Prozess	39
3.2.2 Verschiedene intrapsychische Anteile	39
3.2.3 Abgrenzung von anderen Aufteilungen in verschiedene Persönlichkeitsinstanzen oder Persönlichkeitsanteile	41
3.2.4 Das Tun und das Verstehen	42
3.2.5 Die INNERE BÜHNE als Austragungsort der seelischen Verarbeitung im IRRT-Prozess	42
3.2.6 Die Protagonisten auf der INNEREN BÜHNE	44
3.2.7 Subjektive Erinnerungsebene und fiktive Symbolebene	47
3.2.8 Die Weisheit des Patienten	49

3.2.9	Die Neutralisierung des inneren Zensors im IRRT-Prozess	50
3.2.10	Das FUSIONIERTES ICH als Variante bei Trauerfällen	51
3.2.11	Schlussfolgerungen für den IRRT-Prozess	51
3.3	Die drei Phasen in der IRRT	53
3.3.1	Die Wechselwirkung zwischen INNERER und ÄUSSERER BÜHNE in den 3 Phasen	57
3.4	Eigenschaften der IRRT-Therapeuten	59
3.4.1	Sokratische Haltung	59
3.4.2	Kollaborative Haltung	62
3.4.3	Vertrauen in den Prozess	62
3.4.4	Die Bedeutung der IRRT-Selbsterfahrung	63
3.4.5	Die therapeutische Beziehung	63
3.5	Die Fragen und Aussagen der Therapeuten im IRRT-Prozess	64
3.5.1	Geschlossene und offene Fragen	65
3.5.2	Handlung und Handlungswunsch	66
3.5.3	Wiederholung und Paraphrasierung	66
3.5.4	Indikativ und Konjunktiv	68
3.5.5	Der Wechsel zwischen primärer Erlebnisebene und sekundärer Verarbeitungsebene	69
3.5.6	Frage- und Aussagekategorien	70
4	Anwendungsgebiete und Indikationsstellung	72
4.1	Eingangsdagnostik	72
4.1.1	Klinisches Interview	72
4.1.2	Diagnostische Instrumente	73
4.2	Indikation zur IRRT-Behandlung	73
4.2.1	Anwendungskriterien	73
4.2.2	Ausschlusskriterien bzw. Kontraindikationen bei PTBS	75
4.2.3	Ausschlusskriterien bei anderen Indikationen	77
4.2.4	Abbruchkriterien	78
4.2.5	Aufklärung (informed consent)	79
5	Der konkrete Ablauf einer IRRT-Sitzung	80
5.1	Vorbereitung	80
5.1.1	Auswahl der Einstiegsszene für die Imagination	81
5.2	Phase 1 (Exposition und Wiedererleben)	84
5.3	Phase 2 (Entwicklung von Bewältigungsbildern)	85
5.3.1	Mögliche Komplikationen oder Blockaden des Prozesses in Phase 2	89

5.3.2	Das Einbringen des Therapeuten als Helfer auf die INNERE BÜHNE	93
5.3.3	Entmachtung und Versöhnung	94
5.4	Phase 3 (Selbstberuhigung und -tröstung)	95
5.4.1	Mögliche Komplikationen und Blockaden in Phase 3	98
5.5	Varianten des Phasenablaufs	105
5.5.1	Reine Phase 1	106
5.5.2	Reine Phase 2	106
5.5.3	Reine Phase 3	107
5.5.4	Phasenablauf 1,2	107
5.5.5	Phasenablauf 1,3	108
5.5.6	Phasenablauf 2,3	108
5.5.7	Phasenablauf 1,2,3,2,3	108
5.5.8	Phasenablauf 1,3,2,3	109
5.5.9	Phasenablauf 3,2,3 oder 3,1,2,3	109
5.6	IRRT als Diagnostikum	110
5.7	Die Nachbesprechung	113
5.7.1	Hausaufgaben	116
5.8	Die Nachbehandlung	117
5.8.1	Die erste Folgesitzung	117
5.8.2	Non-Compliance	117
5.8.3	Fragebögen	118
5.8.4	IRRT als Baustein vs. IRRT als eigenständiges Behandlungskonzept	118
5.8.5	Folgesitzungen nach inkompletten IRRT-Sitzungen	119
5.8.6	Multiple Traumata/Belastungen	119
5.8.7	Komplexe Fallkonzeptionen	120
6	Empirische Belege und Stand der Forschung	121
6.1	Randomisierte kontrollierte Studie (Vergleich PE+SIT vs. Imagery Rescripting bei chronischer PTBS)	121
6.2	Randomisierte kontrollierte Studie (Vergleich Imaginal Exposure vs. Imaginal Exposure plus Imagery Rescripting bei chronischer PTBS)	124
6.3	Randomisierte kontrollierte Studie (EMDR vs. IRRT bei kriegstraumatisierten Soldaten)	124
6.4	Naturalistische Studien	125
6.5	Therapiestudien bei Depressionen und Sozialphobien	126

6.6	Experimentelle Studie (Imagery Rescripting als Prophylaxe gegen Intrusionen)	127
6.7	Weitere Studien	127
7	IRRT-Weiterbildungsmöglichkeiten	129
8	Fallbeispiele	133
8.1	Traumafälle	135
	Fallbeispiel 1 Maria <i>Komplexe PTBS – der Klassiker: eine einzige IRRT-Sitzung</i>	135
	Fallbeispiel 2 Marianne <i>Komplexe PTBS – 50 IRRT-Sitzungen über 5 Jahre</i>	152
	Fallbeispiel 3 Bettina <i>Komplexe PTBS – Die Kleine auf dem Dachboden</i>	197
	Fallbeispiel 4 Manuel <i>Die Hand in der Maschine</i>	212
	Fallbeispiel 5 Alex <i>Alex gegen Olli – David gegen Goliath</i>	224
	Fallbeispiel 6 Karin <i>Das Tränenhaus</i>	236
8.2	Nicht-Traumafälle: Angst, Depression, Ohnmacht, Minderwertigkeit	258
	Fallbeispiel 7 Wolfgang <i>Das ist der Hammer: die Mutter im Spiegel</i> ...	258
	Fallbeispiel 8 Béatrice <i>Leukämie hilft gegen Phobie</i>	273
	Fallbeispiel 9 Sabine <i>Hinter dem Gefühl ist ein Gefühl, hinter dem ein Gefühl ist</i>	288
	Fallbeispiel 10 Isabella <i>»Ich bin wieder komplett«</i>	318
	Fallbeispiel 11 Herta <i>Die Marmorstatue</i>	330
	Fallbeispiel 12 Monika <i>King Kong</i>	343
8.3	Trauerreaktionen	353
	Fallbeispiel 13 Birgit <i>Die Befreiung vom toten Patienten</i>	353
	Fallbeispiel 14 Doris <i>Die tote Mutter lässt nicht los</i>	363
	Fallbeispiel 15 Angie <i>30 Jahre nach der Totgeburt</i>	372
	IRRT-Glossar	386
	Nachwort (Philipp Herzog)	391
	Anhang A – Ablaufmodell einer IRRT-Sitzung bei PTBS	393
	Vorbereitung	393
	Phase 1 (Exposition und Wiedererleben)	394
	Phase 2 (Entmachtung des Täters/Verursachers)	395
	Phase 3 (Selbstberuhigung und -tröstung)	398
	Nachbesprechung	404

Anhang B – Fragen und Aussagen des IRRT-Therapeuten	405
Anhang C – Fragebögen	408
Hinweis zum Download der Fragebögen	408
EIBE – Emotions-Inventar B elastender E rlebnisse.....	409
SIDEKICK – Semistrukturiertes Interview zur D agnostik von E motionen, K ognitionen, I ntrusionen und C oping-Strategien bei K omplexen oder E infachen Traumafolgestörungen	411
PIF-A – Post-IRRT-Fragebogen A	419
PIF-B – Post-IRRT-Fragebogen B	425
IRRT-Therapeuten-Protokoll	427
IRRT-Hausaufgaben-Protokoll	429
Anhang D – Pierre Janet (1894): »Justines« Heilung	430
Die Autoren	434
Literatur	436

Vorwort

Gewalterfahrungen, Misshandlungen, Verluste, Trennungen und andere Traumata sind in unserer Gesellschaft prävalent und stellen Risikofaktoren für die Entwicklung unterschiedlichster psychischer und somatischer Störungen dar. Insbesondere leiden die Betroffenen unter Stress- und Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch, somatoformen Ess-, Persönlichkeits- und Impulskontrollstörungen. Meist chronifizieren diese Erkrankungen. So finden wir z. B. bei chronischen und behandlungsrefraktären Depressionen in hoher Zahl nicht nur einen frühen Krankheitsbeginn, sondern z. T. über Jahre gehende und früh im Leben beginnende Traumatisierungen. Posttraumatische Störungen kommen folglich nicht nur als isolierte, das Leben und die Angehörigen stark belastende Erkrankung vor, sondern sind eng mit den genannten (Traumafolge-)Störungen verbunden. Belastungen und Erfahrungen werden dann traumatisch, wenn die eigene Existenz, die körperliche und seelische Unversehrtheit gefährdet sind. Tiefe emotionale Wunden und vom Bewusstsein abgespaltene Erinnerungen sind die Folge. Die Betroffenen kapseln sich ab, zweifeln an sich und der Welt, werden hilf- und hoffnungslos. Die klassischen psychotherapeutischen Zugangswege versagen meist ebenso wie die pharmakologischen Hilfsversuche.

Mit der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) steht ein Verfahren zur Verfügung, das diesen tief verletzten und an Ängsten und Depressionen leidenden Menschen Hoffnung und Hilfe verspricht. Es ist eine intensive, konfrontative, aufdeckende, Emotionen intensivierende, dabei sehr humane und selbstbestimmte Psychotherapie. Sie integriert Elemente und Kenntnisse aus der Expositionstherapie, der kognitiven Therapie, der Gedächtnispsychologie, der Emotionsregulation und der Informationsverarbeitung. Sie passt überzeugend zu kognitiv-neurobiologischen Erklärungskonzepten der Posttraumatischen Belastungsstörung. IRRT lässt sich als moderne, kreative, erfolgreiche Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie verstehen. Diese Therapie gehört ebenso zur »dritten« Welle der Verhaltenstherapie wie die Schematherapie, CBASP, ACT oder Metakognitive Therapie. IRRT hat unabhängig von diesen Vorschlägen ähnliche Interventionen und therapeutische Herangehensweisen entwickelt, dies jedoch mit dem Fokus auf Traumafolgestörungen und deren Überwindung.

Wir wenden IRRT in unseren Ambulanzen und Therapien bei traumatisierten Patienten mit Erfolg an. Die Methodik ist gut zu erlernen, und bereits unsere Ausbildungskandidaten wenden IRRT mit Geschick und Erfolg an. Dabei lassen sich die Herangehensweise der IRRT, die beschriebenen Imaginationstechniken, die Art zu

fragen, die Hilfestellung zur Bewältigung (Umschreibung) und die Integration in das heutige Selbst gut mit anderen Behandlungstechniken etwa einer Depressions- oder Angstbehandlung, einer Therapie von emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen oder auch einer Suchttherapie integrieren.

Das hier vorliegende Praxishandbuch ist für die in Ausbildung befindlichen jungen Therapeuten ebenso wie für die erfahrenen Psychotherapeuten eine große Hilfe. Den Autoren ist es gelungen, das Herangehen und das Vorgehen in höchstem Maße praktisch, für jeden nachvollziehbar und unmittelbar nutzbar zu machen. Insbesondere die sehr unterschiedlichen Fallschilderungen und Beispiele bieten Anregungen und Anleitungen. Dabei reicht die Darstellung des IRRT-Vorgehens von der Arbeit mit »klassischen« Traumaopfern über die Arbeit bei Trauerreaktionen bis hin zur Anwendung bei komplexeren Störungsbildern.

Ein tolles, lesenswertes und ausgesprochen anregendes Psychotherapie-Lehrbuch, dem wir viele Leser wünschen.

*Martin Hautzinger**

*Dirk Zimmer***

* Martin Hautzinger, Prof. Dr.,
Ordinarius für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut
der Eberhard Karls Universität Tübingen

** Dirk Zimmer, Prof. Dr.,
Leiter der TAVT (Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie)

Danksagungen

Dieses Buch hat eine längere Geschichte. Als wir 2009 die ersten Gedanken und Ideen entwarfen, hätten wir nie gedacht, welchen Umfang dieses Projekt annehmen und wie viel Aufwand damit verbunden sein würde. Wir hätten auch nicht gedacht, wie viele Menschen – außer den Autoren – zu einem solchen Werk noch einen Beitrag leisten würden. Allen diesen sei an dieser Stelle gedankt.

Als Erstes gebührt unser Dank allen Patienten, die sich uns anvertraut haben, sie auf der INNEREN BÜHNE begleiten zu dürfen, und die uns gelehrt haben, wie der IRRT-Prozess verläuft und was sich auf der INNEREN BÜHNE in der seelischen Landschaft abspielt.

Ein ganz besonderer Dank geht an Klaus Dilcher und Kornelia Sturz für ihre persönliche und professionelle Unterstützung im Laufe der letzten zehn Jahre. Die kreative Energie und das Engagement, die sie bei der Gründung und Entwicklung der *Klinik am Waldschlößchen, Zentrum für Pschotraumatheapie* in Dresden, seit 2008 investiert haben, und deren hervorragendes Ergebnis – eine Art *Salpêtrière* des 21. Jahrhunderts – sind bemerkenswert. Wir sind Klaus und Kornelia sehr dankbar, dass sie die Entwicklung eines IRRT-Trainingszentrums als Teil der Klinik ermöglichen haben.

Dankbar sind wir auch unseren Kolleginnen und Kollegen, die unsere Arbeit mit ihren kritischen Kommentaren (positive und negative, aber immer konstruktive) korrigiert und bereichert haben und von denen die meisten an den ersten IRRT-Zertifizierungskursen in Dresden teilgenommen haben, vor allem: Monika von Ancken, Kurt April, Clemens Baumeister, Uli Eichler, Sabine Franz, Petra Hartmann, Philipp Herzog, Silvia Köster, Thomas Kühler, Andreas Leiteritz, Robert McShine, Anja Möller und Rolf Senst; außerdem den Kollegen und Kolleginnen der Klinik Barmelweid: Esther Hindermann, Thomas Kieser und Pia Bircher. Rolf Senst hat zusätzlich einige sehr wichtige Gedanken zum IRRT-Konzept beigetragen und diese treffend formuliert. Auch gilt unser Dank unseren Kolleginnen Petra Hartmann für das *Fallbeispiel Alex* (Kindertherapie) und Anja Möller für das *Fallbeispiel Karin* (Kunsttherapie). Ein besonderer Dank gilt auch unserem guten Kollegen Eckhard Roediger für seine Unterstützung dieses Buchprojekts sowie für lebendige Diskussionen zum Thema »sokratische Schemaarbeit auf der INNEREN BÜHNE«.

Herzlich bedanken wir uns bei Christine Tremel für das umsichtige und engagierte Lektorat.

Folgenden Personen sind wir für ihre spezielle Hilfe dankbar: Sarah Meier und Ruth Kull haben einen großen Teil der schweizerischen Sitzungs-Transkripte an-

gefertigt und dabei direkt vom Schweizerdeutschen ins Hochdeutsche übersetzt; Monika von Ancken hat Englisch-Deutsch-Übersetzungen angefertigt und Korrektur gelesen; Silvia Köster hat Korrektur gelesen und war unsere letzte Zuflucht bei grammatischen Zweifelsfällen; Sepp Brun hat uns mehrfach seine Villa in Ronco sopra Ascona am Lago Maggiore zur Verfügung gestellt, damit wir zurückgezogen in der wunderschönen Umgebung in Ruhe und in maximal kreativitätsfördernder Stimmung schreiben konnten; Paulo De Moura hat uns aus mancher computertechnischen Verzweiflung gerettet und Daten aus dem elektronischen Nirwana zurückgeholt.

Unseren Familien sind wir unendlich dankbar für ihre standhafte und zuverlässige Unterstützung während dieses ganzen Projekts. Ohne ihre Nachsicht wäre dieses Buch nicht möglich gewesen.

1 Einleitung

In den letzten drei Jahrzehnten sind in der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) wesentliche Fortschritte erzielt worden. Vor allem Therapeuten¹, die sich der kognitiven Verhaltenstherapie verpflichtet fühlen, aber auch Vertreter tiefenpsychologischer und anderer, z. B. systemischer, Schulen entwickelten neue Konzepte, Therapiemethoden und Verfeinerungen bestehender Ansätze. Und doch gibt es bei jeder Methode eine nicht unbedeutende Gruppe von PTBS-Patienten, denen nicht geholfen werden kann. Mervyn Schmucker widmete sich der Fragestellung, woran es im Einzelfall liegen kann, dass eine PTBS-Therapiemethode versagt, und der damit verknüpften Frage nach einer Differenzial-Indikation der bestehenden Behandlungsverfahren sowie der Notwendigkeit alternativer Modelle. Daraus entwickelte er in den 1980er- und 90er-Jahren als Mitarbeiter von Aaron Beck an der University of Pennsylvania und in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe von Edna Foa, ebenfalls an der University of Pennsylvania, die Grundzüge der *Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT)*, zunächst unter der Bezeichnung *Imagery Rescripting*.

In den folgenden Jahren entstanden erste Studien und die ersten Veröffentlichungen über das Imagery Rescripting als Ansatz zur Behandlung von erwachsenen Opfern kindlichen Missbrauchs sowie von PTBS-Patienten mit Typ-1-Traumatisierungen (s. Kap.6). Nachdem über viele Jahre das Indikationsgebiet des Imagery Rescripting auf die Behandlung posttraumatischer Störungen beschränkt geblieben war, wurden vor wenigen Jahren erste Behandlungen depressiver Patienten durchgeführt und das Imagery Rescripting als eigenständige Behandlungsmethode bestimmter Depressionsformen klassifiziert (Brewin et al. 2009).

Das Imagery-Rescripting-Modell wurde im Laufe der Jahre weiterentwickelt, neue Aspekte wurden berücksichtigt, weitere Elemente wurden eingewoben, und es entstand die heutige IRRT. Mittlerweile besteht ein deutlich erweitertes Indikationsspektrum, sodass das Bedürfnis nach einer zusammenfassenden theoretischen und kasuistischen Darstellung auch nicht Trauma-bedingter Indikationen entstand. Außerdem wurde ein weiteres Bedürfnis deutlich: Die mittlerweile zahlreichen Therapeuten vor allem im deutschsprachigen Raum, die eine Einführung oder zertifizierte Weiterbildung in der IRRT absolvierten, äußerten zunehmend den Wunsch,

¹ Der besseren Lesbarkeit halber werden in dieser Arbeit im Allgemeinen die generischen Formen für Personenbezeichnungen verwendet, sofern das natürliche Geschlecht von der Fragestellung her nicht relevant ist. Selbstverständlich sind dabei immer Männer *und* Frauen gemeint.

aufgrund der ungewohnten therapeutischen Technik mehr Anschauungsmaterial und eine systematischere und umfassendere Darstellung der Methode zur Verfügung zu haben, als es die vorliegenden Therapiemanuale liefern können.

Dieses Buch stellt deshalb einen logischen Meilenstein in der Weiterentwicklung und Anwendung der IRRT dar, und die Autoren hoffen, dass es die Erwartungen und Bedürfnisse der Leser und Anwender weitestgehend erfüllen kann. Was ein besonderes Anliegen der Autoren darstellt, aber schwierig zu vermitteln ist, ist die Tatsache, dass es sich bei der IRRT nicht einfach um eine therapeutische »Technik« handelt, die nur richtig angewendet werden muss, um Patienten von einer seelischen Störung zu heilen, sondern dass es in der Anwendung der IRRT für die Therapeuten darum geht, die zugrunde liegenden emotionalen und kognitiven Schemata nachzuempfinden, um dann die seelische Struktur und den »Prozess« bei ihren Patienten besser zu verstehen. Die IRRT kann so ganz allgemein zu einem tieferen Verständnis seelischer Vorgänge beitragen und die psychotherapeutische Arbeit wesentlich bereichern.

Das Buch ist systematisch aufgebaut. Einem ersten theoretischen Teil folgt ein zweiter praktischer Teil mit fünfzehn Fallbeispielen, die durch zahlreiche Kommentare die Methode erläutern sollen. Besonderheiten der Technik, Außergewöhnliches des einzelnen Falls, aber auch Überlegungen der Therapeuten werden erläutert. Die Fallbeispiele bestehen vor allem aus wörtlichen Transkripten von Sitzungsausschnitten, vielfach aber auch von kompletten Therapiesitzungen. Dabei werden bewusst oft auch schwierige Phasen, Missverständnisse und »Fehler« der Therapeuten unkorrigiert wiedergegeben. Damit zeigt sich, wie fehlerfreundlich die Methode ist, wenn der Therapeut baldmöglichst wieder in die IRRT-Struktur einsteigt. Diese Art der Darstellung stellt wertvolles klinisches Material dar, und die IRRT wird als Methode somit offen präsentiert und zur Diskussion gestellt.

2 Die Entwicklung der Methode – ein Prozess wird entdeckt

An eher ungewöhnlicher Stelle, nämlich als erstes Kapitel eines wissenschaftlichen Werkes und Lehrbuchs, soll hier der persönliche Hintergrund der Entstehungsgeschichte der IRRT geschildert werden, auf der Ebene also, auf der die Methode tatsächlich entwickelt wurde. Viel mehr psychologische Theorien, als wir gemeinhin denken, zeigen inhaltliche Parallelen zur Persönlichkeit und Lebenserfahrungen ihrer Entdecker oder Urheber auf, was aber nur selten in der Literatur thematisiert wird. Das Auseinanderdriften von Theorie und Praxis, was der Psychotherapieforschung zunehmend vorgeworfen wird (Lambert 2013), könnte zum Teil darin seinen Ursprung haben. Für das Verständnis des IRRT-Modells ist der persönliche Hintergrund seines Urhebers sehr wichtig. Wir sind uns dieser Zusammenhänge bewusst, und sie gehören untrennbar zur Theorie der Methode.

2.1 Mervyn Schmucker²

Der Einfluss meiner europäischen und amischen Wurzeln

Meine Familie stammt aus Grindelwald, Schweiz. Mein Vorfahr Christian Schmucker war ein vielseitiger Farmer, Mitglied der Amischen und ein Pazifist. Seine Weigerung, Militärdienst zu leisten, führte zu unüberwindbaren Schwierigkeiten mit den Behörden und führte letztendlich dazu, dass er im Jahr 1752 mit seiner Frau und seinen vier Kindern nach Amerika bzw. nach Pennsylvania auswanderte. Dort war es ihm möglich, mit seiner Familie seine Lebensphilosophie zu realisieren und vor allem seine pazifistischen Ideale zu praktizieren.

Christian Schmucker war ein Pionier, durch und durch ein kreativer Denker und ein Problemlöser. Mit Wissbegier und Leidenschaft entdeckte er neue und herausfordernde Terrains. Er hatte die Neigung, in belastenden und scheinbar unlösbaren Situationen eher die Möglichkeiten als die Hindernisse zu sehen und schwierige, traumatische Lebensereignisse in neue Chancen zu transformieren. Über die Jahre und Generationen hinweg gibt es Zeugnisse dafür, wie diese Grundwerte und Persönlichkeitsmerkmale von Christian Schmucker seine Nachkommen

² M. S. benutzt wieder die traditionelle Schreibweise seines Familiennamens.

geprägt haben und auch heute noch in der weitverzweigten Schmucker-Familie sichtbar sind.

Pazifist, Kriegsdienstverweigerer, Zivildienst

Es ist eine Ironie der Geschichte, dass ich mehrere Generationen später aufgrund meiner pazifistischen Grundüberzeugungen und meiner Weigerung, zum Vietnamkrieg eingezogen zu werden, in die deutschsprachigen Länder Zentraleuropas zurückkam, wo ich als 19-jähriger Kriegsdienstverweigerer in Berlin einen zweijährigen Ersatz- bzw. Zivildienst in einem Kinderheim mit körperlich behinderten und emotional gestörten Kindern absolvierte. In Deutschland konnte ich meine Lebensphilosophie weiterentwickeln und realisieren sowie meine eigenen pazifistischen Ideale frei praktizieren, indem ich: (1) eine klare Haltung annahm und öffentlich dazu stehen konnte, die Werte einer kriegführenden Gesellschaft, die von Macht, Zerstörung und Gewalt besessen war, abzulehnen, (2) persönlich die Freude erlebte, positive Beiträge zum Leben anderer Menschen zu liefern, besonders derjenigen, die unter Leiden, Missgeschick und Traumata litten, und (3) meine Wertschätzung und mein Verstehen für Menschen erweitern konnte, die von mir verschieden sind.

Die Entscheidung, Psychologie zu studieren

Während meines Zivildienstes in Berlin entdeckte ich meine Leidenschaft, anderen dabei zu helfen, ihre eigenen Ressourcen zu finden und zu nutzen, damit sie erfolgreicher mit schwierigen, überwältigenden oder traumatischen Belastungen umgehen können. Nachdem ich meinen Zivildienst absolviert hatte, war die Entscheidung, Psychologie zu studieren, eine logische Folgerung. In den nächsten Jahren bekam ich Studienplatzangebote von der Freien Universität Berlin, vom C. G. Jung Institut in Zürich sowie von einigen Universitäten in Amerika. Damals erschien mir die klinische Psychologie in Amerika weiter entwickelt zu sein als in Europa – was heute nicht mehr der Fall ist! –, und deshalb entschied ich mich, mein Psychologiestudium (Master und Doktorat) in Amerika zu absolvieren.

Selbsterfahrung: Begegnung mit meinem verstorbenen Vater auf der INNEREN BÜHNE

Der Grundstein meines Konzeptes für die Entwicklung der IRRT wurde 1978 gelegt, als ich Student in einem Master-Programm war. Während meines Studiums nahm ich an einem Kurs teil, der an einem verlängerten Wochenende stattfand und der ein reiner Selbsterfahrungskurs war. Ich erlebte drei intensive Tage in einer Gruppe mit etwa zehn anderen Studenten und einem Professor, der als Gestalttherapeut ausgebildet war. Dieses Selbsterfahrungswochenende war emotional sehr intensiv, vor

allem auch deshalb, weil die Schilderungen der Teilnehmer oft Reaktionen bei den anderen Teilnehmern auslösten, so auch bei mir. In einer Gruppensitzung erzählte ein ehemaliger Soldat namens Daniel von einem traumatischen Erlebnis. Er war in einem Gefecht in Vietnam, als ein Kamerad und Freund von ihm angeschossen wurde und im Sterben lag. Daniel war Sanitäter und versuchte seinen Freund am Leben zu halten, auch durch Mund-zu-Mund-Beatmung, jedoch vergeblich. Als Daniel mit geschlossenen Augen diese Szene in der Imagination wiedererlebte, fing er an zu weinen und den verstorbenen Kamerad anzuschreien:

»Du hast mich verlassen! Du hast mich verlassen! Ich war bei dir, habe dich versorgt, wollte dir helfen und dein Leben retten, und während ich bei dir die Mund-zu-Mund-Beatmung machte, bist du einfach gestorben und hast mich im Stich gelassen! Seitdem werde ich von diesen Erinnerungen ständig verfolgt und werde nicht in Ruhe gelassen ... Seit deinem Tod komme ich mit meinem Leben nicht mehr zurecht. Du hast mich verlassen! Du hast mich verlassen! Warum hast du mich verlassen? Warum hast du mich verlassen? ...«

Als ich diese Worte und Emotionen von Daniel hörte, wurde etwas in mir ausgelöst. Als ich sechs Jahre alt gewesen war, war mein Vater plötzlich aufgrund einer Tetanusinfektion gestorben, und diese Worte –*»Du hast mich verlassen! Du hast mich verlassen! Warum hast du mich verlassen? Warum hast du mich verlassen?«* – spürte ich so tief in meiner Seele, dass ich plötzlich von meinen eigenen Gefühlen überschwemmt wurde. In diesem Moment fing ich heftig an zu weinen und zu schluchzen³. Der Gruppenleiter hatte gerade erst mit Daniel angefangen und brauchte noch einige Zeit mit ihm. Ich versuchte, mich mit aller Kraft zusammenzureißen, aber es gelang mir nicht. Ich saß also mit zehn anderen Studenten in der Gruppe und weinte und schluchzte vor mich hin, bis der Therapeut mit Daniel fertig war – etwa 40 Minuten später. Das war das erste Mal in meinem erwachsenen Leben, dass ich so lange von so starken Emotionen überschwemmt wurde und mich deswegen entsprechend hilflos fühlte.

Der Gruppenleiter wusste schon etwas von meiner Vorgeschichte und ahnte, worum es ging. Als er mit Daniel fertig war, schaute er mich an und sagte: *»Es hat mit deinem Vater zu tun, nicht wahr?«* Ich nickte, woraufhin er mich bat, meine Augen zu schließen und vor meinem inneren Auge ein Bild von mir (von heute) und von meinem Vater zu entwickeln. Mein Vater war im Alter von 31 Jahren gestorben, als ich gerade sechs Jahre alt war. Mit der Aufforderung des Therapeuten hatte ich sofort Probleme. Ich konnte kein Bild von mir (in meiner aktuellen Gestalt) entwickeln. Ich sagte dem Therapeuten:

³ Jahre später kam ich zur Erkenntnis, dass in diesem Moment ein Verlassenheitsschema in mir aktiviert worden war.

»Ich sehe meinen Vater da, aber ich kann kein Bild von mir als Erwachsenen entwickeln; ich bin nur da als Kind und stehe neben meinem Vater, als sechsjähriges Kind.«

Der Therapeut antwortete: *»Ja, das kann ich gut verstehen, aber versuche es einfach weiter.«* Das war für mich jedoch sehr schwer. Nach längerer Anstrengung und vielen Ermutigungen des Therapeuten gelang es mir dann doch allmählich, ein Bild (bzw. zuerst eine Skizze) von mir als heutigem Erwachsenen zu entwickeln. Daraufhin forderte mich der Therapeut auf, mit meinem Vater zu reden. Sobald ich anfang, mit meinem Vater zu sprechen, gab der Therapeut die Worte vor, die ich sagen sollte. Dadurch wurde dieser Prozess für mich aber problematisch; ich fühlte mich nämlich vom Therapeuten zu sehr geleitet und kontrolliert. Ich empfand, dass das *meine* Bilder waren und dass letzten Endes nur *ich* wissen konnte, was ich meinem Vater zu sagen hatte.

An einem Punkt während des imaginativen Gesprächs wurde ich auf meinen Vater wütend, übernahm einfach die Kontrolle über das Gespräch (ohne den Therapeuten zu fragen) und sagte zu meinem Vater (weinend):

»Papa, ich bin wütend auf dich! ... (heftiges Schluchzen). Als ich ein kleiner Bursche war, hast du mich verlassen. Ich brauchte dich damals, ich war total auf dich angewiesen. Du warst mein Vorbild, mein Anker, und eines Tages bist du einfach aus meinem Leben verschwunden, und du bist nie wieder zurückgekommen ... du hast mich im Stich gelassen, du hast mich verlassen ... (tiefes Schluchzen), und nun musste ich ohne dich weiter mit meinem Leben fertig werden! Hast du überhaupt eine Ahnung, Papa, wie schwierig es für mich war, ohne dich, meinen Vater, aufwachsen zu müssen?! Es war die Hölle!! Jeden Tag musste ich in die Schule gehen und sehen, wie alle anderen Schulkameraden einen Vater hatten, nur ich nicht! Jede Nacht musste ich mich in den Schlaf weinen, weil du nicht da warst und weil ich mich so allein und verlassen fühlte.«

In diesem Moment, als ich meinen Vater direkt anschaute, sah ich in seinem Gesicht eine große, tiefe Traurigkeit. Die Trauer meines Vaters war extrem deutlich und sehr lebhaft. Als ich die Tiefe seiner Trauer mitbekam und die Tränen in seinem Gesicht sah, war ich sehr berührt. Meine Wut verschwand, und ich empfand ein tiefes Mitleid für ihn. Unmittelbar tauchten die folgenden Gedanken auf:

»Mensch, Papa, im Alter von 31 Jahren wurde dir brutal dein Leben genommen. Du warst damals so voller Energie und lebendig, du warst so im Leben engagiert, du hattest so viel Lebensfreude, so viele Pläne und Dinge im Leben vor, du warst so beliebt und berührtest so viele Menschen in deinem Leben positiv ... und dann bist du an dieser Blutvergiftung erkrankt, hast eine Woche lang

im Krankenhaus unter unerträglichen Schmerzen furchtbar gelitten, und dann bist du plötzlich gestorben und von deiner Familie ewig getrennt worden! ... (heftiges Schluchzen). Ich empfinde deine Schmerzen in meiner Seele, und ich spüre jetzt auch durch diese Schmerzen eine tiefe Verbundenheit mit dir.«

Daraufhin ging ich in der Vorstellung auf meinen Vater zu, und wir umarmten einander ganz fest; ich spürte seine Anwesenheit, seine Schmerzen, seine Trauer und seine Liebe. Bevor ich mich von ihm verabschiedete, schaute ich ihn liebevoll an und sagte:

»Lieber Papa, du lebst weiter in mir. Ich spüre deine Energie und deinen Geist in mir, und das haben auch viele deiner Freunde und Familienmitglieder bemerkt. Ich habe jetzt auch viele Pläne im Leben und so viele Dinge vor ... und ich werde sie jetzt mithilfe deiner Energie, deiner Lebensfreude, deiner Leidenschaft und deiner Liebe erfüllen.«

Die Analyse meiner imaginativen Selbsterfahrung

Diese »Begegnung« mit meinem Vater auf der INNEREN BÜHNE war für mich ein Durchbruch, vor allem bei der Trauerverarbeitung des Todes meines Vaters. Es waren nicht nur die Worte in unserem Austausch, die mich so berührten und bewegten, sondern vor allem die Trauer, die ich in seinem Gesicht »sah«. Dieses Bild meines Vaters hat mich seither durch die folgenden Jahrzehnte begleitet.

Es war mir klar, dass durch diese Begegnung auf meiner INNEREN BÜHNE zwischen mir und meinem Vater ein tief greifender therapeutischer Prozess abgelaufen war. Gleichzeitig hatte ich aber auch gemerkt, dass dies nur möglich gewesen war, weil ich mich der Kontrolle des Therapeuten, der mir ständig vorgeben wollte, was ich meinem Vater sagen sollte, entzogen hatte. Immer wieder hatte ich die Vorgaben des Therapeuten verworfen und durch meine eigenen Worte ersetzt. Irgendwie war es mir schon damals während der Imagination klar geworden, dass es die Rolle des Therapeuten sei, mich auf der INNEREN BÜHNE als »Beifahrer« zu begleiten, aber nicht als »Steuermann«, d.h. **dem Prozess Struktur zu geben, aber in Bezug auf den Inhalt non-direktiv zu sein.** Im Grunde genommen hatte ich spontan gemerkt, dass ich einen Prozess in einer *sokratischen Imagination* benötigte und nicht in einer durch den Therapeuten *geleiteten Imagination*. (Wie konnte der Therapeut überhaupt wissen, was für mich wichtig war, und vor allem, was ich meinem Vater zu sagen oder mit ihm zu erledigen hatte?) Obwohl ich die Bedeutung dessen schon damals sehr intensiv empfand, fehlte mir aber noch das Konzept, welches mir ermöglicht hätte, das Geschehen wirklich einzuordnen und zu verstehen. Das sollte erst viel später passieren ...

Offensichtlich waren mir die Wutgefühle meinem Vater gegenüber vorher nicht zugänglich gewesen, und zwar aufgrund hemmender Annahmen wie: »Wie kann ich wütend sein auf meinen Vater, der krank war und so frühzeitig mit 31 Jahren sterben musste?« »Es war nicht seine Schuld, dass er sterben musste.« »Er hat eine Tetanusinfektion gehabt und ist daran gestorben.« »Er war so lebendig, hatte so viele Dinge im Leben vorgehabt und wollte ja nicht sterben.« Jedoch musste ich zuerst einen Zugang zu meinen bisher unverarbeiteten, unbewussten trauerbezogenen Wutgefühlen finden, sie erkennen, spüren und in der Imagination (auf der INNEREN BÜHNE) aktiv äußern, und dann musste ich die Trauerreaktion meines Vaters »sehen«, erleben und empfinden, bevor ich in die Lage kam, meine Trauer zu verarbeiten. Anscheinend war ich mit meiner Wut- und Trauerreaktion sogar auf dem Niveau des sechsjährigen Kindes stehen geblieben. Zudem konnte ich am Anfang dieser Szene mit meinem Vater kein Bild von mir selbst als Erwachsenen entwickeln. Vermutlich hatte ich in diesem Zusammenhang bis dahin kein Selbstbild von mir als Erwachsenen entwickelt.

Kurz, diese »Begegnung« auf der INNEREN BÜHNE mit meinem verstorbenen Vater war ein Wendepunkt in meiner Trauerbearbeitung und emotionalen Entwicklung auf mehreren Ebenen, indem eine große Blockade identifiziert, konfrontiert und bearbeitet wurde. Dadurch konnte ein gesünderes, erwachsenes Selbstbild entstehen.

Die ersten IRRT-Ansätze/-Experimente

Nachdem ich mein Doktorat in Psychologie absolviert hatte, arbeitete ich mehrere Jahre an der University of Pennsylvania, School of Medicine, mit Prof. Aaron Beck, zuerst als Post-Doctoral Fellow und dann als Clinical Associate Professor und Ausbildungsleiter des Center for Cognitive Therapy. Dort hatte ich die Möglichkeit, selbst als Therapeut zu beginnen, mit Patienten auf der imaginativen Ebene bzw. auf deren INNERER BÜHNE zu arbeiten und dies im Rahmen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schule zu konzeptualisieren. Damals schon behauptete Beck, dass belastende Kognitionen aus Gedanken und Bildern entstünden und dass belastende Bilder bzw. visuelle Kognitionen am besten durch eine adaptive Modifikation dieser Bilder konfrontiert werden könnten (wir sprachen zunächst von *imagery modification*). Aufgrund meiner eigenen, persönlichen Vorerfahrungen konnte ich diesen imaginativen Prozess auf der INNEREN BÜHNE viel besser verstehen und die Patienten besser hindurchbegleiten⁴. Die konkreten Grundlagen und ersten Ansätze

⁴ Aus dieser persönlichen Erfahrung ist auch die Erkenntnis erwachsen, dass TherapeutInnen ihre PatientInnen in der IRRT umso besser begleiten können, je tiefer sie den IRRT-Prozess innerlich begriffen und selbst erlebt haben. Daraus ergab sich für die zertifizierte Weiterbildung eine IRRT-Selbsterfahrung als *conditio sine qua non*.

der IRRT wurden also in meiner Zeit bei Prof. Beck entwickelt, und diese Erfahrungen führten im Laufe der Jahre dazu, den IRRT-Prozess zu entdecken und zu entwickeln, genauer zu identifizieren, zu beschreiben und weiter zu verfeinern.

Die Entstehung der IRRT-Phase 2

Eine meiner ersten Trauma-Patientinnen, mit der ich auf der imaginativen Ebene arbeitete, war die 40-jährige Frau C. Sie habe über 20 Jahre lang nach einer Vergewaltigung unter häufigen Albträumen (2–3 Mal wöchentlich) gelitten, wobei sie nach jedem Albtraum das Gefühl empfunden habe, wieder vergewaltigt worden zu sein; dies trotz der Tatsache, dass der Täter schon mehr als 15 Jahre tot gewesen sei. Der zuweisende Kollege hatte sie für eine einzige Sitzung zu mir geschickt, was mich unter einen gewissen, eigentlich unrealistischen Erfolgsdruck setzte. Zu Beginn der Sitzung fragte ich Frau C., ob sie in der Lage sei, eine Imaginationsarbeit mit dem Albtraum zu machen, womit sie sofort einverstanden war. Zuerst erlebte Frau C. mit geschlossenen Augen den Beginn des Albtraums wieder und lieferte laut eine detaillierte Beschreibung. Als sie anfang, die Vergewaltigungsszene des Albtraumes zu beschreiben, fragte ich sie, wie sie an dieser Stelle die Szene gerne ändern möchte, wenn sie könnte. Sie stellte sich sofort vor, den Täter fest zwischen die Beine zu treten, woraufhin er zusammenbrach und schmerzgepeinigt auf dem Boden lag. Es war für Frau C. »ein Moment der Stärke«, als sie ihm in diesem Bild zum ersten Mal seit über 20 Jahren überlegen war. Als der Albtraum in der folgenden Nacht wieder auftauchte, habe sie den Täter im Traum auf sehr ähnliche Art und Weise entmachtet.

Ich hatte keine weiteren Termine mit Frau C. vereinbart, blieb jedoch telefonisch mit ihr eine Zeit lang in Kontakt und bekam von ihr bestätigt, dass nach dieser Sitzung ihre Albträume dauerhaft verschwunden waren (letzte Katamnese fünf Monate später). Damit war gewissermaßen die Phase 2 der IRRT entstanden bzw. die Entwicklung von Bewältigungsbildern dem Täter gegenüber, die in der Regel durch die imaginierte Konfrontation und Entmachtung des Täters gekennzeichnet ist.

In weiteren Anwendungen von Imagery-Rescripting-Interventionen bei meinen Patienten fiel mir auf, dass die imaginierte Konfrontation und Entmachtung des Täters vor allem bei Spätfolgen eines kindlichen sexuellen oder körperlichen Missbrauchs viel schwieriger war, weil das TRAUMATISIERTE ICH⁵ allein schon wegen der körperlichen Unterlegenheit dazu nicht in der Lage war. Dies brachte mich auf den Gedanken, in Phase 2 das AKTUELLE, ERWACHSENE ICH des Patienten als zusätzliche Instanz, die meistens viel mehr Stärke und Kompetenz aufweist als das DAMALIGE TRAUMATISIERTE ICH, in die Imagination einzuführen. In zahl-

⁵ Da es sich beim AKTUELLEN, HEUTIGEN oder beim KIND-, DAMALIGEN oder TRAUMATISIERTEN ICH sowie bei der INNEREN BÜHNE um zentrale theoretische Konstrukte bzw. Konzepte in der IRRT handelt, werden sie zur Verdeutlichung im Text grundsätzlich in VERSALIEN geschrieben.

reichen »Phase-2«-Versuchen mit Patienten, bei denen erfolgreiche Täterentmachtungen mit dem AKTUELLEN ICH stattfanden, fiel mir die relative Leichtigkeit der Entstehung des AKTUELLEN ICHS separat vom DAMALIGEN TRAUMATISIERTEN ICH bzw. dem KIND auf. Des Weiteren hatte ich den Eindruck, dass (1) das AKTUELLE ICH und das KIND-ICH als Persönlichkeitsanteile, genauer gesagt als Ich-Anteile, auf der INNEREN BÜHNE schon längst existierten; und dass (2) dabei dem Therapeuten die Rolle zukommt, den Patienten zu helfen, eine visuelle Struktur zu schildern, in der das AKTUELLE ICH in der damaligen belastenden Situation »aktiv« werden könnte und dem TRAUMATISIERTEN ICH seine belastenden Opferbilder in Bewältigungsbilder um-schreiben bzw. transformieren zu können.

Die Entdeckung der IRRT-Phase 3

Der Abschluss der Phase-2-Imagination, nach der Konfrontation und Entmachtung des Täters, bestand in der Regel darin, dass das AKTUELLE ICH das KIND aus der Szene entfernte. Des Weiteren entdeckte ich, dass die Patienten immer häufiger von sich aus spontan die Imagination weiterentwickelten: Das HEUTIGE ICH kümmerte sich weiterhin um das KIND, tröstete es, beruhigte es und unterstützte es in vielfältiger Weise. Ich erkannte mit der Zeit, dass dieser Teil der Imagination ein integraler Bestandteil des Selbstheilungsprozesses war. Damit wurde die Phase 2 der IRRT durch die Einführung des AKTUELLEN ICHS erweitert und durch eine zusätzliche Phase – die Phase 3 – mit dem Schwerpunkt Selbstberuhigung und -tröstung zum Abschluss der Imagination ergänzt.

Die Entwicklung der IRRT-Phase 1

In meiner Zusammenarbeit mit Prof. Edna Foa in den 1990er-Jahren, an der University of Pennsylvania in Philadelphia, kam ich zur Überzeugung, dass – bevor das AKTUELLE ICH eingeführt wird und die Bewältigungsbilder entwickelt werden – die gesamte traumatische Szene zunächst wiedererlebt werden muss, vor allem, um sämtliche möglichen Belastungsmomente, Hotspots und Einflussfaktoren identifizieren, verbalisieren und aktivieren zu können. Damit änderte sich das Protokoll noch einmal, indem die Phase 1 als reine Phase des Wiedererlebens und der Exposition *in sensu* eingeführt wurde. In diese Zeit fällt auch die erste Pilotstudie mit Imagery Rescripting, die sehr erfolgversprechende Resultate aufwies (s. Kap. 6).

Die Weiterentwicklung und Verfeinerung der IRRT

In den nächsten Jahren erfolgten weitere Korrekturen und Ergänzungen der IRRT, wobei die Methode bis vor einigen Jahren hauptsächlich auf die Behandlung von Traumafolgestörungen beschränkt blieb. Im Jahr 2007 erschien im *Journal of Beha-*

vior & Experimental Psychiatry ein ganzes Heft zum Thema »Imagery-Rescripting«-Interventionen im Rahmen eines weiten Spektrums emotionaler Störungen, einschließlich Bulimia nervosa, Sozialphobien sowie spezifischer Phobien und anderer Angststörungen, Zwangsstörungen, Depressionen und Suizidalität. Besonders eindrucksvoll war eine Studie einer Arbeitsgruppe aus Großbritannien, in der IRRT-Interventionen bei Patienten angewendet wurden, die an einer Depression mit ruminierenden (wiederkehrenden) intrusiven Bildern litten (Brewin et al. 2009). Interessanterweise zogen die Autoren aus ihrer Studie den Schluss, dass sich das »Imagery Rescripting« als eigenständige effektive Methode zur Behandlung depressiver und ängstlicher Patienten eigne.

Derzeit werden die Anwendungen von IRRT und verschiedener Imagery-Rescripting-Varianten bei Patienten mit einem weiten Spektrum emotionaler Störungen und belastender Bilder aller Art überprüft. Besonders die vielfältigen klinischen Beispiele aus der therapeutischen Arbeit von Rolf Köster demonstrieren eine erstaunliche Vielfalt von Einsatzgebieten der IRRT.

Die Entstehung von IRRT-Selbsterfahrungsgruppen

Um die Anwendung der IRRT-Methode in meinen Seminaren besser darstellen zu können, begann ich 2009 (als Bestandteil des IRRT-Trainings) Live-Demonstrationen mit Workshop-Teilnehmern zu machen. Dabei wurde es schnell klar, wie sehr die Teilnehmer davon profitierten, in der IRRT-Selbsterfahrung ein belastendes Thema zu bearbeiten. Daraufhin ermutigten mich zunehmend Therapeuten und Kollegen in meinen Seminaren, IRRT-Selbsterfahrungsgruppen bzw. Selbsterfahrungstage anzubieten. So entstanden die ersten IRRT-Selbsterfahrungsgruppen für Therapeuten, welche 2011 in Frankfurt stattfanden und sehr erfolgreich waren. Derzeit werden regelmäßig IRRT-Selbsterfahrungsgruppen für Therapeuten in Deutschland und in der Schweiz (in Zusammenarbeit mit Rolf Köster) angeboten. Sie sind auch für die IRRT-Zertifizierung erforderlich.

Meine Begegnung mit Rolf Köster

Im Jahr 2009 lernte ich Rolf Köster kennen, einen sehr erfahrenen Arzt und Therapeuten. Er war Teilnehmer an einem IRRT-Einführungswochenendkurs in der Schweiz und kurz danach am ersten IRRT-Zertifizierungskurs an der Klinik am Waldschlößchen in Dresden. Ich merkte, dass er schnell ein vertieftes Verständnis für den IRRT-Prozess entwickelte. Häufig äußerte er wichtige Aspekte des IRRT-Prozesses in Worten, die für die Fortbildungsgruppe sowie für mich sehr erhellend waren. Des Weiteren nahm er in der Supervision mit mir zahlreiche IRRT-Sitzungen nicht nur auf, sondern transkribierte diese auch. Dieses sehr lehrreiche klinische Material lieferte reichhaltigen Stoff für vertiefte Analyse und Diskussionen und for-

derte uns heraus, den IRRT-Prozess noch besser zu verstehen und zu beschreiben, und zwar nicht nur in der Behandlung von Traumafolgestörungen, sondern auch bei Angststörungen, Depressionen, komplizierter Trauer und Anpassungsstörungen. In der daraus entwickelten Zusammenarbeit entstand eine Auseinandersetzung, die sich in Hunderten von gemeinsamen Stunden mit dem IRRT-Prozess und seiner praktischen Anwendung befasste. Das IRRT-Indikationsspektrum und das IRRT-Modell wurden breiter, sodass bald die Idee für dieses Buch »Praxishandbuch IRRT« geboren war.

2.2 Rolf Köster

Ich hatte bereits viele Jahre Erfahrung in der Behandlung traumatisierter Patienten und in der Anwendung verschiedener spezifischer Therapiemethoden kognitiv-verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologischer Provenienz, als ich Mervyn Schmucker und seine IRRT kennenlernte. Sehr schnell wurde mir klar, welches ungeheures Potenzial in dieser Methode liegt. Für mich schloss die IRRT viele Lücken, die ich bei der Behandlung traumatisierter Patienten mit anderen Therapieverfahren empfand. So erklärten sich mir z. B. einige »Therapieversager« in der Anwendung der verlängerten Exposition (prolonged exposure), und ich hatte mit der IRRT für diese Patienten endlich eine Alternative zur Verfügung. Die Abläufe während der Imagination auf der INNEREN BÜHNE meiner Patienten in den IRRT-Sitzungen zeigten mir in vorher nicht gekannter Klarheit, wie psychische Traumafolgen entstehen, aufrechterhalten und überwunden werden können. Die IRRT erweiterte mein Verständnis dafür, was im subjektiven Erleben der Betroffenen beim Verarbeiten einer traumatischen Erfahrung wirksam ist und wie Blockaden überwunden oder Ressourcen aktiviert werden können. Auch lieferte die IRRT ein Konzept für mich, das die Dialektik zwischen Stabilisierung und Konfrontation elegant auflöst (s. Kap. 3.1.8). Zusammenfassend fand ich in der IRRT meine persönlichen Grundsätze und Erkenntnisse als Traumatherapeut bestätigt und erweitert – Notwendigkeit eines Konzepts, Notwendigkeit der Konfrontation, Stellenwert von Vermeidung und Kontrolle für den Patienten (Köster 2008).

Schon bald wurde mir auch klar, dass mit der IRRT nicht nur Traumafolgestörungen (im engeren Sinn, also PTBS und verwandte Störungen) erfolgreich behandelt werden können, sondern dass die IRRT auch zur Therapie von Depressionen, Angststörungen und anderen diagnostischen Kategorien geeignet ist, eigentlich in allen Fällen, in denen die seelische Verarbeitung belastender Erlebnisse gestört ist. Dass sich eine Therapiemethode von Traumafolgestörungen auch zur Behandlung anderer Störungen eignen kann, hatte ich bereits am Beispiel des EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Shapiro 1999) erfahren. Ich begann mit der Behandlung nicht traumatischer belastungsabhängiger Störungen zu experimentie-

ren, und die Erfahrungen waren erstaunlich positiv, sodass sich eine intensive Zusammenarbeit mit Mervyn Schmucker entspann, die letztlich zur Planung und Verwirklichung dieses Buches führte.

Drei Erkenntnisse möchte ich hier noch erwähnen, die ich als bedeutsam einordne und die sich vor allem auf die persönliche Entwicklung der Therapeuten beziehen:

- Die IRRT gibt nicht nur den Patienten, sondern auch den Therapeuten eine Methode an die Hand, die es sehr erleichtert, nach der Überwindung der Untiefen und Klippen einer Trauma-Psychotherapie zu dem zu kommen, was man posttraumatisches Wachstum nennt (*posttraumatic growth*, Pearlman u. Saakvitne 1995, Tedeschi u. Calhoun 2004).
- Die IRRT eignet sich sehr effektiv zur Bearbeitung von Sekundärtraumatisierungen bei Psychotherapeuten, wenn dem betroffenen Therapeuten klar wird, dass seine Problematik entstanden ist, weil er (unbewusst) Bilder des Patienten zu eigenen Bildern umfunktioniert hat.
- Mit zunehmender Erfahrung entsteht in der sokratisch begleiteten Imaginationsitzung bei den Therapeuten eine Empfindung des Fließens, so als würde man mit den Patienten auf der INNEREN BÜHNE einen Tanz aufführen, und zwar mit einer konzentrierten spielerischen Eleganz. Der Therapeut achtet lediglich darauf, dass die Tanzfläche nicht verlassen wird, und macht die Drehungen und Wendungen des Patienten mit, passt sich dessen Bewegungen und dessen Geschwindigkeit an. Die Wechsel zwischen den verschiedenen Phasen und Ebenen verlaufen organisch, fast wie von selbst, und es wird nie langweilig, weil immer wieder Überraschendes entsteht. Dieses Erlebnis gönne ich jedem Therapeuten, der sich der IRRT widmet. Oder wie es kürzlich eine fortgeschrittene Supervisandin formulierte: *»Jetzt fängt es an, richtig Spaß zu machen.«*