

Persönliche PDF-Datei für Köster R, Köster S, Schmucker M.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy) im psychotherapeutischen Alltag

PSYCH up2date

2024

149–167

10.1055/a-2122-4413

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2024. Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift *PSYCH up2date* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 2194-8895

Angststörungen, Zwangsstörungen und stress- assoziierte Störungen 5

IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy) im psychotherapeutischen Alltag

*Rolf Köster
Silvia Köster
Mervyn Schmucker*

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Zwangsstörungen: Expositionsbehandlung und Besonderheiten der Kompaktbehandlung M. Schäfer, A. H. Yassari, B. K. A. Hansen, L. Jelinek Heft 1/2024

Panikstörung und Agoraphobie: Verstehen und Behandeln A. Wannemüller, J. Margraf Heft 6/2023

Emetophobie: Die krankhafte Angst vor dem Erbrechen erkennen, verstehen und behandeln M. S. Metzner Heft 3/2023

Spezifische Phobien: Erscheinungsformen, Differenzialdiagnostik und Behandlung F. Jacobi, L. Reetz, J. Winterer Heft 2/2023

Zwang effektiv behandeln: Die aktuellen Empfehlungen der revidierten Leitlinie Zwangsstörungen L. Zielke, R. Schennach Heft 1/2023

Psychodermatologie: Grundlagen für den Aufbruch zu neuen Versorgungsformen E.M.J Peters, C. Stierle Heft 5/2022

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung: Diagnostik und Therapie I. Schäfer Heft 5/2022

Schulabsentismus und Angststörungen V. Pflug, S. Schneider Heft 4/2022

Dermatillomanie S. Fricke Heft 3/2022

Die soziale Angststörung – ein Update J. Plag, J. Hoyer Heft 2/2022

Cyberchondrie – ein neues Verhaltenssyndrom? A. Müller, E. Baumann, M.-L. Dierks Heft 2/2022

Update zur körperdysmorphen Störung – Klassifikation, Störungsmechanismen und Behandlung K. Schoenenberg A. Martin Heft 4/2021

Alles Trauma? – Ein aktueller Blick auf die „Posttraumatische Belastungsstörung“ A. Wiggers, C. Stierle, M. Rolvering-Dijkstra Heft 4/2020

Krankheitsängste und Hypochondrische Störung K. S. Sauer, M. Witthöft Heft 2/2020

Pathologische Horten M. Rieger, U. Voderholzer Heft 5/2019

Die generalisierte Angststörung – ein Update J. Plag, J. Hoyer Heft 3/2019

Nicht ohne Dich! – Störung mit Trennungsangst K. Sommer, M. W. Lippert, K. Schuck, S. Schneider Heft 1/2019

Anpassungsstörungen: eine schwierige Diagnose S. Schroth, V. Köllner Heft 5/2018

Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter S. Walitza, C. Rütter, V. Brezinka Heft 5/2017

Dermatillomanie (Skin-Picking-Störung): Diagnostik, Erklärung und Behandlung L. M. Mehrmann, A. L. Gerlach, A. Hunger Heft 4/2017

Spezifische Phobien A. Hamm Heft 3/2017

EMDR in der Psychotherapie: Einsatzmöglichkeiten, Wirksamkeit und Begrenzungen M. Stephan Heft 4/2016

Panikstörung und Agoraphobie P. Kindermann, M. Mühlberger, U. Voderholzer Heft 2/2016

Pharmakotherapie bei Angsterkrankungen P. Zwanzger Heft 2/2016

Die körperdysmorphe Störung: aktuelle Entwicklungen zu Diagnostik, Störungswissen und Therapie K. Schieber, A. Martin Heft 1/2016

Artifizielle Störungen und Münchhausen-Syndrome H. J. Freyberger Heft 5/2015

Konfrontationsverfahren in der Behandlung psychischer Störungen U. Voderholzer, M. Hauer, E. Reisenzein-Hirsch Heft 3/2014

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos! <https://eref.thieme.de/KYZ1Z>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem! Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter: <https://eref.thieme.de/GCCGI>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt: www.thieme.de/eref-registrierung.

IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy) im psychotherapeutischen Alltag

Rolf Köster, Silvia Köster, Mervyn Schmucker



Die IRRT ist eine heutzutage breit einsetzbare Psychotherapiemethode. Es können damit sowohl Traumafolgestörungen inkl. komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen (kPTBS), Folgen anderer belastender Erlebnisse, Störungen im Selbstverhältnis, Trauerstörungen, Rückfälle in Sucht- oder anderes Ich-dystones Verhalten als auch psychosomatische Symptome mittels imaginativen Umschreibens überwunden werden. Die therapeutische Haltung ist sokratisch und aktiviert die Selbstheilungskräfte der Patienten.

ABKÜRZUNGEN

EIBE	Emotionsinventar belastender Erlebnisse
IRRT	Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy
kPTBS	komplexe posttraumatische Belastungsstörung
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung

Einleitung

Mervyn Schmucker entwickelte die Urform der IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy) Anfang der 1990er-Jahre an der University of Pennsylvania bei Aaron T. Beck [1,2,3,4], zunächst unter den Bezeichnungen *Imagery Modification* und *Imagery Rescripting*. Damit entstand die erste psychotherapeutische Behandlungsmethode posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) mittels imaginativen Umschreibens. Die 3-phasige Grundstruktur in der Behandlung posttraumatischer Störungen (Wiedererleben, Täterkonfrontation durch *Heutiges Ich*, Hinwendung zum *Damaligen Ich*) wird in der IRRT bis heute eingesetzt, erfuhr aber einige Ergänzungen, Verfeinerungen und Ausweitungen zur Behandlung komplexer Fälle (s. u.: IRRT zur Behandlung von posttraumatischen Störungen). Andere Arbeitsgruppen griffen das Grundprinzip auf und entwickelten daraus ähnliche, allerdings deutlich weniger sokratische oder in der Indikation sehr eingeschränkte Therapieansätze (z. B. [5,6,7]). In einigen randomisierten kontrollierten und naturalistischen Studien an Patienten mit PTBS konnte eine mindestens vergleichbare Effektstärke zu Prolonged Exposure und Stress Inoculation Training [1,8,9] und zu EMDR (Eye Movement De-

sensitization and Reprocessing) [10,11,12] gezeigt werden.

In Zusammenarbeit mit Rolf Köster wurde seit 2009 vor allem dank der minutiösen Analyse zahlreicher wörtlicher Transkripte von IRRT-Sitzungen die IRRT mit neuen Therapieansätzen und somit einer deutlichen Ausweitung des Indikationsspektrums weiterentwickelt: Zu erwähnen sind hier psychische Folgen nicht traumatischer Erlebnisse [13], anhaltende Trauer [14] und Störungen in der Beziehung zu sich selbst [15]; neuerdings auch psychosomatische Störungen [16] und Rückfälle in unerwünschtes Verhalten [17].

Die IRRT kann deshalb heute bei vielen psychischen Störungen und Beschwerden im Erwachsenen-, Jugend- und Kindesalter eingesetzt werden, sowohl modular als auch als Haupt- oder *Stand-alone*-Methode. Mit der IRRT werden nachhaltige transformative Lern- und Erfahrungsprozesse ermöglicht.

Merke

IRRT ist die erste psychotherapeutische Behandlungsmethode posttraumatischer Belastungsstörungen mittels imaginativen Umschreibens.

Therapeutische Grundpfeiler der IRRT

Die IRRT ist eine aus der klinischen Praxis heraus entwickelte Methode, die auf einer hermeneutischen Grundhaltung des Verstehen-Wollens basiert. Ihre therapeutischen Grundpfeiler bestehen aus 2 methodischen Prinzipien und aus 4 Prinzipien, die die Grundhaltung der IRRT-Therapeuten betreffen.

IRRT-Motto

Jeder Mensch hat in seiner Seele selbstheilende Kräfte. Manchmal im Laufe des Lebens – z. B. durch belastende Erlebnisse – wird der Zugang zu diesen Selbstheilungskräften blockiert. Das Kernziel der IRRT ist es, dem Menschen zu helfen, ihm seine inneren selbstheilenden Kräfte wieder zugänglich zu machen.

Mervyn Schmucker

Methodische Prinzipien

Imagination

IRRT-Sitzungen werden in der Imagination durchgeführt, weil in der Imagination der direkteste authentische und effektive Zugang zur emotionalen Ebene gelingt [18, 19, 20], d. h. zu der Ebene, auf der psychische Probleme und Blockaden, aber auch Ressourcen meistens angesiedelt sind. Im Unterschied zu einem Vorgehen, bei dem der Patient auf einer kognitiven Meta-Ebene dem Therapeuten berichtet, was er denkt und fühlt, begibt sich der Patient in der Imagination ins (Wieder-)Erleben, was einen unmittelbaren Zugang zu seiner Innenwelt ermöglicht. Der Patient stellt sich zu Beginn einer IRRT-Sitzung meist mit geschlossenen Augen eine erinnerte biografische Situation vor, er lässt ein Bild seines *metaphorischen Inneren Kindes* (bei einer Innere-Kind-Sitzung), der verstorbenen Person (bei einer Trauersitzung) oder seines Organs aufkommen – je nach IRRT-Ansatz. Der therapeutische Prozess vollzieht sich dann in der Begegnung und Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Gegenüber. Was die Patienten in der Imagination erleben, hat große Überzeugungskraft ([21], S. 199, [22]) und wird von den Patienten oft als unmittelbar evident, als ganz real wahrgenommen. Die Art und Weise des Imaginierens sowie der Gehalt der Imagination liefern zudem diagnostische Hinweise und wirken als therapeutische Intervention.

Den Ort dieses imaginativen Geschehens bezeichnen wir als „innere Bühne“. Auf dieser inneren Bühne wird alles, was ein Mensch auf der äußeren Bühne, in seinem Lebensalltag, in den Begegnungen mit seinen Mitmenschen erlebt, bewusst oder unbewusst mehr oder weniger simultan abgebildet, interpretiert, eingeordnet, wiedererlebt, integriert, verarbeitet, verdrängt, mit einer Bedeutung versehen oder auch als Was-wäre-Wenn-Inszenierung in die Zukunft projiziert. Wie genau sich eine auf der äußeren Bühne erlebte Szene auf der inneren Bühne abbildet und wie sie folglich wiedererlebt wird, wie Was-Wäre-Wenn-Inszenierungen konzipiert und ausgewertet werden, hängt wesentlich von den zum Erlebenszeitpunkt aktivierten Emotionen, von der affektiven Befindlichkeit und von Stimmungen ([23], S. 361) ab. Unangenehme, belastende Emotionen werden oft vermieden, z. B. mittels Ablenkung

oder Verdrängung, was jedoch bewirkt, dass diese Emotionen nicht verarbeitet werden und Blockaden entstehen, die sich vielfältig einschränkend auf das Erleben und das Lebensgefühl des Betroffenen auswirken können. Zwischen innerer und äußerer Bühne besteht ein ständiger Austausch, ein Hin und Her von nach außen gerichtetem Wahrgenommenem und innerem Imaginiertem ([21], S. 209).

Selbstverständlich werden in der Imagination, in der Vorstellung nicht nur Emotionen, sondern auch damit verknüpfte innere Bilder, Gedanken, Bewertungen, Körperreaktionen, Sinnesempfindungen, also das gesamte Erleben aktiviert, d. h. es handelt sich um ein ganzheitliches Erleben, bei dem Emotionen eine Schlüsselrolle spielen.

Für den Patienten – und anfangs auch für den Therapeuten – ist dieser schnelle und oft wuchtige Zugang zur emotionalen Ebene häufig unerwartet und manchmal aufwühlend, gleichzeitig aber auch erhellend und therapeutisch fruchtbar. Dies machen sich IRRT-Therapeuten zunutze, indem sie Prozesse anstoßen und begleiten, bei denen auf der inneren Bühne in der Imagination Belastendes, Unerledigtes, Unbewältigtes bearbeitet und aufgelöst werden kann. Aus der Sicht von kognitiven Verhaltenstherapeuten wurde das z. B. so formuliert: „(...) *imagery can bring CBT to life, facilitating an engaging, emotionally evocative, creative, and effective form of psychotherapy.*“ ([18], S. 243)

Verschiedene Persönlichkeitsanteile

Als die IRRT zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen entwickelt wurde, ging es zunächst vor allem darum, in der Imagination den Täter (z. B. den Vergewaltiger) effektiv zu konfrontieren und zu entmachten. Dies war bei Opfern im Kindesalter meist nicht möglich, sodass beihilfsweise das *Heutige Ich* des Patienten auf die innere Bühne eingeführt wurde, das den Täter viel effektiver entmachten konnte. Spontan entstand nach erfolgter Täterentmachtung bei den Patienten dann der Wunsch, sich als *Heutiges Ich* noch um das traumatisierte Kind bzw. das *Damalige Ich* zu kümmern; ein Vorgang, der von den Patienten oft sogar als wirksamster Teil des seelischen Heilungsprozesses beschrieben wurde. So wurde entdeckt, wie sinnvoll eine Aufteilung in *Heutiges Ich* und *Damaliges Ich* als verschiedene Persönlichkeitsanteile auf der inneren Bühne ist. Es entstand sogar der Eindruck, dass diese verschiedenen Anteile bereits existierten und nicht erst künstlich konstruiert werden mussten.

Das wirksame Prinzip der psychotherapeutischen Arbeit auf der inneren Bühne während des Umschreibens (*Rescripting*) scheint überhaupt die Begegnung und Auseinandersetzung zwischen *Heutigem Ich* und anderen Persönlichkeitsanteilen zu sein. Das kann sowohl

die Konfrontation des verinnerlichten Täterbildes durch das *Heutige Ich* sein als auch die Begegnung zwischen *Heutigem Ich* und *Damaligem Ich* oder mit dem *metaphorischen Inneren Kind*; das kann aber auch die Begegnung mit einem Verstorbenen sein oder mit einem Organ oder Körperteil (s. u.).

Das *Heutige Ich* spielt die zentrale Rolle in diesen Vorgängen auf der inneren Bühne. Darum spricht der Therapeut auch nur das *Heutige Ich* an, sobald es auf der inneren Bühne erschienen ist, und lässt sich sämtliche Vorgänge von ihm schildern. Das *Heutige Ich* ist zuständig für die Wahrnehmung der emotionalen Zustände anderer Ich-Anteile sowie für die Interaktion mit ihnen. Ist die Zuwendung zum *Damaligen Ich* authentisch, können Ressourcen freigelegt werden; ist diese Zuwendung unauthentisch oder oberflächlich und die Empathie dem *Damaligen Ich* gegenüber blockiert, bleibt eine Störung im Verhältnis zu sich selbst bestehen. Es liegt am *Heutigen Ich*, zu entdecken, was es braucht, um die Problematik nachhaltig aufzulösen. Dies kann nicht wirksam an andere delegiert werden, auch nicht an den Therapeuten.

Eine Aufteilung in andere Persönlichkeitsanteile im Sinne personifizierter Eigenschaften (z. B. der innere Kritiker, das trotzigste Kind, der gesunde Erwachsene) würde den IRRT-Prozess stören, wäre verwirrend, begünstigte sowohl Verantwortungsdiffusion als auch Dissoziation und verzögerte eher den Selbstheilungsprozess. Im Verlauf einer IRRT-Therapie stellt sich als Therapieergebnis oft ein Gefühl ein von „wieder ganz geworden, eins mit sich zu sein“, was Patienten spontan äußern. Es gelingt ihnen aufgrund der Auseinandersetzung mit sich selbst, mit eigenen Persönlichkeitsanteilen, zuvor abgespaltene, nicht zugängliche seelische Zustände ins Ich zu integrieren – im Unterschied zu einem Empfinden, bei dem sie sich von verschiedenen Wesen (personifizierten Eigenschaften) behaust fühlen.

Grundprinzipien der therapeutischen Haltung von IRRT-Therapeuten

Sokratische Haltung

Dem IRRT-Motto entsprechend ist damit eine Haltung der Therapeuten gemeint, die davon ausgeht, dass die Patienten am besten „wissen“, wo ihr Problem liegt, und dass sie auch am besten „wissen“, wie eine sinnvolle Lösung aussehen könnte, auch wenn ihnen dieses Wissen im Moment vielleicht nicht bewusst zugänglich ist. In der IRRT stoßen die Therapeuten einen im Patienten angelegten Selbstheilungsprozess an, begleiten und fördern ihn; dies ermächtigt Patienten am stärksten und am nachhaltigsten. Der Therapeut liefert einen sicheren Rahmen, er ist verantwortlich für die Einhaltung der IRRT-Struktur; der Patient liefert den Inhalt. Therapeuten machen in der IRRT keinerlei inhaltliche

ZUSATZINFO

Persönlichkeitsanteile auf der inneren Bühne

- Ich-Anteile („das bin ich bzw. das ist ein Teil von mir“): *Heutiges Ich*, *Damaliges Ich*, *Inneres Kind*, Organ, Körperteil
- weitere Persönlichkeitsanteile („das gehört zu meiner Persönlichkeit“): verinnerlichte Bilder des Täters, des Verstorbenen, weiterer Bezugspersonen

Vorgaben, sondern achten nur darauf, dass der Prozess in Gang kommt und aufrechterhalten bleibt. So wirkt der Therapeut z. B. darauf hin, dass der Patient auf der inneren Bühne auf der primären Erlebnisebene mit seinem *Inneren Kind*, mit dem Täterbild oder mit dem Verstorbenen in Kontakt kommt, indem er ihn zur direkten Ansprache, zum direkten Dialog anleitet, und dass nur in besonderen Momenten eine Interaktion mit dem Therapeuten auf der sekundären Ebene stattfindet. Dies aus der Erkenntnis heraus, dass das, was sich auf der primären Erlebnisebene abspielt, das nachhaltig Wirk- und Heilsame für den Patienten ist und ihn in seinem Selbstwirksamkeitserleben stärkt.

Die sokratische Haltung wird übrigens nicht nur in den IRRT-Imaginations-Sitzungen selbst, sondern auch in Nachbesprechung und Nachbehandlung eingehalten, die der weiteren Vertiefung und Verankerung des Erlebten dienen. Dabei wird nach dem Erleben, den Gefühlen und Gedanken der Patienten gefragt, wird die eine oder andere weiterführende und/oder vertiefende Frage gestellt, wobei stets darauf geachtet wird, möglichst nah beim Prozess der Patienten zu bleiben, sie dort abzuholen, wo sie sich gerade befinden. Dies ist verbunden mit einer grundsätzlich sokratisch-kollaborativen Gestaltung des gesamten Therapieprozesses auf Augenhöhe, bei dem (vor allem bei längeren Therapien) die Patienten immer mehr zu „Co-Therapeuten“ werden, mit denen die einzelnen Schritte explizit besprochen und partizipativ geplant werden. Die therapeutische Haltung ist zudem freundlich-zugewandt, behutsam-zurückhaltend, wohlwollend-unterstützend und sie ist getragen von der Gewissheit, dass Patienten nichts falsch machen können, sondern dass sie das tun, wozu sie zu einem gewissen Zeitpunkt in der Lage sind. Mit der sokratischen Haltung wird auch dem Bestreben der Patienten entgegengewirkt, es dem Therapeuten rechtmachen zu wollen – eine nicht zu unterschätzende Problematik im Rahmen psychotherapeutischer Prozesse.

Sprachliche Genauigkeit

Der Bewusstmachung der Potenz von sprachlichen Interventionen wird in der Ausbildung zum IRRT-Therapeuten eine große Bedeutung zugeschrieben, weil Therapeuten mit sprachlichen Formulierungen wesentlich

FALLBEISPIEL 1

Fallbeispiel zur Demonstration der sokratischen Haltung in einer IRRT-Innere-Kind-Sitzung (Th. = Therapeut, Pat. = Patient)

Beim Patienten kommt ein Bild von seinem *Inneren Kind* auf, das unbeschwert im Sandkasten spielt. Die Kontaktaufnahme durch das *Heutige Ich* gestaltet sich als schwierig, was Ausdruck dessen ist, wie der Patient sich selbst gegenüber eingestellt ist; er lehnt Teile von sich ab und möchte nichts mit ihnen zu tun haben. Weil die Veränderung dieses Selbstablehnungsschemas dann nachhaltig ist, wenn der Patient dies als *Heutiges Ich* im Kontakt mit dem *Inneren Kind* auflöst, werden in der IRRT dieser Kontaktaufnahme- und Beziehungsschwierigkeiten prozessiert, auf der primären Erlebensebene der inneren Bühne:

Th.: Und was möchten Sie als *Heutiges Ich* Ihrem *Inneren Kind* jetzt sagen oder mit ihm machen?

Pat.: Ich möchte dem *Inneren Kind* jetzt eigentlich nichts sagen.

Th.: Und Sie möchten ihm nichts sagen, weil ...?

Pat.: Weil ich es in seiner Unbeschwertheit nur stören würde.

Th.: Können Sie das Ihrem *Inneren Kind* mal direkt sagen?

Pat.: Mhm, das ist aber komisch ...

Th.: Könnten Sie es vielleicht trotzdem mal versuchen?

Pat.: Mhm. „Ich will dir jetzt eigentlich gar nichts sagen, weil ich dich in Deiner Unbeschwertheit nicht stören möchte.“

Th.: „Ich will dir jetzt eigentlich gar nichts sagen, weil ich dich in Deiner Unbeschwertheit nicht stören möchte.“ Und wie reagiert das *Kind* darauf?

Pat.: Es schaut mich erstaunt und befremdet an und fragt: „Warum bist du dann überhaupt hier?“

Th.: Es schaut Sie erstaunt und befremdet an und fragt: „Warum bist Du dann überhaupt hier?“ Und wie reagieren Sie darauf?

Pat.: Hm, ja, keine Ahnung, mir geht es nicht gut, und ich möchte das *Kind* in seiner Unbeschwertheit nicht stören.

Th.: Und Sie möchten es nicht stören, weil ...?

Pat.: Weil das *Kind* dann vielleicht auch traurig wird.

Th.: Können Sie das dem *Kind* mal direkt sagen?

Pat.: „Weißt du, mir geht es nicht gut, und ich möchte dich in deiner Unbeschwertheit nicht stören, weil ich nicht möchte, dass du traurig wirst.“

Th.: „Weißt du, mir geht es nicht gut, und ich möchte dich in deiner Unbeschwertheit nicht stören, weil ich nicht möchte, dass du traurig wirst.“ Und wie reagiert Ihr *Inneres Kind* darauf?

Pat.: Es schaut mich mit großen Augen nachdenklich und traurig an.

Th.: Mhm. Und es wird jetzt traurig und nachdenklich, weil ...?

Pat.: Weil es spürt, dass ich nichts mit ihm zu tun haben will.

Th.: Mhm. Und Sie wollen nichts mit ihm zu tun haben, weil ...?

Pat.: Weil es mich nervt ...

Th.: Und können Sie das alles jetzt Ihrem *Inneren Kind* auch nochmals direkt sagen?

Im Verlauf eines solchen Prozesses erfolgt in der Regel – mehr oder weniger schnell – eine Annäherung der beiden Protagonisten, und zwar dann, wenn das *Heutige Ich* bereit dazu ist, auch die negativen Gefühle zuzulassen, wahrzunehmen und mit dem *Inneren Kind* zu thematisieren.

den therapeutischen Prozess steuern. Dabei können Nuancen eine große Wirkung haben und Entwicklungen ermöglichen, erschweren oder auch verhindern. Einige Beispiele:

- **Offene Fragen versus geschlossene Fragen.** In der IRRT werden in der Regel offene statt geschlossene Fragen gestellt, weil diese offenen Fragen einen Handlungsspielraum eröffnen und den Patienten darin zutrauend herausfordern, was z. B. bei der Täterkonfrontation hilfreich ist: „Was wollen Sie dem Täter jetzt sagen oder mit ihm machen?“ (offene Frage), was eine Aktivität fordert, statt „Wollen Sie dem Täter jetzt etwas sagen oder mit ihm machen?“ (geschlossene Frage), woraufhin ein schnelles, vermeidendes „Nein“ geäußert werden könnte.
- **Weil-Fragen.** Wenn nach dem Grund einer Handlung, eines Gedankens oder eines Gefühls gefragt wird, wird die elegante „Weil-Frage“ verwendet, die sich nahtlos an eine Aussage anschließen lässt: „Das Kind hat Angst, weil ...?“ statt „Warum hat das Kind Angst?“. Die Weil-Frage wirkt weniger brüskierend

und führt häufiger zu einer Antwort als die Warum-Frage.

- **„Wunderwaffe“ Konjunktiv.** Wenn Patienten sich z. B. nicht vorstellen können, ihren Wunsch, den Täter zu konfrontieren, in der Vorstellung umzusetzen (weil sie Angst vor dem Täter haben), oder wenn sie bestimmte eigene Gefühle nicht wahrnehmen können (weil sie sie vermeiden), so kann der Konjunktiv als „Wunderwaffe“ fungieren: „Und wenn Sie die Kraft und den Mut hätten?“ bzw. „Und wenn Sie jetzt Zugang zu Ihren Gefühlen hätten?“, wodurch in den allermeisten Fällen die Blockade aufgelöst wird.
- **Paraphrasierung.** Viele Aussagen der Patienten werden paraphrasiert, d. h. wörtlich wiederholt („papageisiert“) durch den Therapeuten. Dies aus der Erfahrung heraus, dass sich solcherart der Prozess intensiviert und den Patienten das Empfinden vermittelt wird, im imaginativen Wiedererleben einer traumatischen Situation sicher begleitet zu sein und verstanden zu werden. Dies widerspiegelt

sich u. a. darin, dass nicht selten Patienten auf eine Paraphrasierung durch den Therapeuten sagen: „Ja, genau!“

Konzeptuelle Genauigkeit

In der Ausbildung von IRRT-Therapeuten wird darauf geachtet, dass diese bewusst und achtsam wahrnehmen lernen, ob sie sich in der IRRT-Struktur befinden, in welcher Phase des IRRT-Prozesses sich die Patienten gerade befinden, ob es z. B. um Wiedererleben oder um Umschreibung geht, ob der Prozess auf der primären Erlebnisebene (d. h. in der direkten Kommunikation zwischen den Protagonisten auf der inneren Bühne) oder auf der sekundären Verarbeitungsebene (im Gespräch mit der Therapeutin) stattfindet. Das bedarf einiger Übung, ist aber für die wirksame Begleitung des Prozesses unerlässlich. Das zunehmend bessere Verständnis des Prozesses führt mit der Zeit zu einem immer ausgeprägteren Vertrauen in den Prozess, womit sich immer mehr die therapeutische Haltung der „gelassenen Zuversicht“ festigt. Die IRRT-Struktur vermittelt den Patienten (und Therapeuten) einen sicheren und Halt gebenden Rahmen, innerhalb dessen sich auch Belastendes ereignen und auflösen kann.

Prozessorientierte Haltung

In der IRRT wird darauf fokussiert, den Selbstheilungsprozess zu ermöglichen. Wenn dieser Prozess optimal gefördert wird, kommt es spontan von selbst zu positiven Ergebnissen. Solche Ergebnisse wie z. B. detailgetreues, emotional aktiviertes Wiedererleben der Erinnerung, effektive Entmachtung des Täters, Tröstung und Beruhigung des traumatisierten Ichs, fürsorgliche Begegnung zwischen *Heutigem Ich* und *Innerem Kind* können und sollen nicht erzwungen werden. Vielmehr soll sich das authentisch und offen zeigen können, was innerlich sowieso vorhanden ist, z. B. Ohnmachtsgefühl, Versagensgefühl, Selbsthass, damit es konfrontiert, prozessiert und verändert werden kann.

Zur prozessorientierten Haltung gehört auch die Erkenntnis, dass mit dem gearbeitet werden kann, was vorhanden ist. Das heißt, wenn z. B. eine Patientin nur bruchstückhafte Erinnerungen an ihre Traumatisierung hat, wird mit diesen Bruchstücken in die imaginative Bearbeitung eingestiegen. Und wenn eine IRRT-Sitzung zur Traumabearbeitung oder eine Innere-Kind-Begegnung nicht einen idealen Lehrbuchverlauf nimmt, heißt das nicht, dass das IRRT-Verfahren nicht funktioniert, sondern dass der Prozess eben länger braucht und komplexer gestaltet ist. Auf der inneren Bühne bildet sich das ab, was sich auch auf der äußeren Bühne zeigt, d. h. ein Patient, der im realen Leben Schwierigkeiten hat, Gefühle wahrzunehmen, empathisch mit sich selbst und anderen zu sein, wird dies auch gegenüber seinem *Inneren Kind* zeigen. Bei aktuellem selbstverletzendem Verhalten will das *Heutige Ich* oft nicht in enge-

TAKE-HOME-MESSAGE

Therapeutische Grundpfeiler der IRRT

1. methodisch:

- Imagination auf der inneren Bühne (zur Emotions- und Erlebensaktivierung)
- Begegnung und Interaktion verschiedener Persönlichkeitsanteile (*Heutiges Ich* – Täter; *Heutiges Ich* – *Damaliges Ich*; *Heutiges Ich* – *Inneres Kind*; *Fusioniertes Ich* – *Verstorbener*; *Fusioniertes Ich* – *Körperteil*)

2. therapeutische Haltung:

- sokratische Haltung (Patient ist der Wissende, kollaborative Therapiegestaltung)
- sprachliche Genauigkeit (Formulierungen sind entscheidend)
- konzeptuelle Genauigkeit (Orientierung behalten, Halt geben und Sicherheit spenden)
- prozessorientierte Haltung (mit dem arbeiten, was da ist, und so weit kommen, wie möglich ist)

ren Kontakt mit dem *Inneren Kind* kommen (weil es sich nicht mit seinen negativen Gefühlen dem *Kind* gegenüber auseinandersetzen will) oder das *Kind* will nichts mit dem *Heutigen Ich* zu tun haben. Es läuft weg und versteckt sich. Denn sich auf der äußeren Bühne selbst verletzen heißt auf der inneren Bühne: Das *Heutige Ich* verletzt das *Kind*, das *Kind* weiß das und betrachtet das *Heutige Ich* als Täter [24].

Psychotherapie mit IRRT – Ansätze und praktisches Vorgehen

Die bisher entwickelten Ansätze der IRRT decken ein breites Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen ab; wie oft und in welcher Reihenfolge die verschiedenen Ansätze eingesetzt werden, hängt vom einzelnen Fall ab. IRRT kann die psychotherapeutische Hauptmethode darstellen, lässt sich aber auch gut modular in andere Psychotherapieverfahren einbauen. Umgekehrt können auch andere Therapiemodule außerhalb der eigentlichen IRRT-Sitzungen in eine IRRT-Behandlung eingebaut werden. Und manchmal kann eine umschriebene Symptomatik mit einer IRRT-Sitzung aufgelöst werden (z. B. bei Trauerstörungen oder einfachen Traumafolgestörungen).

Eine IRRT-Therapie orientiert sich flexibel, kollaborativ und dynamisch an den Anliegen der Patienten und an den aktuellen Beschwerden. In der Regel ergibt sich der Aufbau einer längeren IRRT-Psychotherapie organisch im Sinne einer rollenden Planung, und zwar vor allem aufgrund der genaueren Analyse in der Nachbehandlung der durchgeführten IRRT-Sitzungen.

ZUSATZINFO

Die aktuellen IRRT-Ansätze

- **Bearbeitung von Traumafolgestörungen und nicht traumatischen Belastungen**, (der „klassische“ 3-phasige Ansatz mit Wiedererleben, Täterkonfrontation und Zuwendung zum *Damaligen Ich*)
- **Bearbeitung des Verhältnisses zu sich selbst** (als IRRT-Innere-Kind-Arbeit, der Begegnung des *Heutigen Ichs* mit sich selbst, dem *metaphorischen Inneren Kind*)
- **Bearbeitung von Trauerstörungen** (Begegnung zwischen *Fusioniertem Ich* und dem Verstorbenen)
- **Begegnung mit Organen/Körperteilen** (das *Fusionierte Ich* begegnet dem verlorenen/gestörten/kranken Körperteil)
- **Bearbeitung von Rückfällen in Ich-dystones Verhalten** (IRRT-ER, IRRT zur Emotionsregulation, Begegnung zwischen *Heutigem Ich* und *rückfallgefährdetem Damaligem Ich*)

► **Tab. 1** Unterscheidung zwischen *biografischem* und *metaphorischem Innerem Kind* in der IRRT.

<i>biografisches Inneres Kind</i>	<i>metaphorisches Inneres Kind</i>
biografisch verinnerlichte Repräsentanz	metaphorisch-symbolische Repräsentanz
fühlt sich und reagiert darauf, wie es von damaligen Bezugspersonen behandelt wurde bzw. fühlte	fühlt sich und reagiert darauf, wie es vom <i>Heutigen Ich</i> behandelt wird bzw. fühlt das (heutige) Selbst (oder Aspekte desselben) als Gegenüber
subjektiver Erinnerungscharakter	
Erleben unmittelbarer Evidenz (biografisch)	
	„Sprachrohr des Unbewussten“
	Weisheit des <i>Inneren Kindes</i>
	Metamorphosen des <i>Inneren Kindes</i>
	„Assistent“ des Therapeuten

Merke

IRRT kann heutzutage bei einer Vielzahl von psychischen Störungen und Beschwerden erfolgreich eingesetzt werden.

IRRT-Innere-Kind-Arbeit

Die IRRT-Innere-Kind-Arbeit entstand aus der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen, bei denen nach erfolgreicher Täterkonfrontation das Verhältnis des *Heutigen Ichs* zum *Kind* in Phase 3 nachhaltig gestört erschien, sodass in den Folgesitzungen nur noch reine Phase 3-Sitzungen durchgeführt wurden, in denen sich das *Heutige Ich* weiterhin mit dem *Kind* auseinandersetzte. Mit der Zeit zeigte sich, dass die IRRT-Innere-Kind-Arbeit als eigenständiger Therapieansatz zur Bearbeitung des Verhältnisses eines Menschen zu sich selbst geeignet ist.

Merke

Bei Therapiebeginn, bei der Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen und überhaupt in längeren Psychotherapien kommt der IRRT-innere-Kind-Arbeit, d. h. der Bearbeitung des Verhältnisses der Patienten zu sich selbst, eine zentrale Bedeutung zu.

In der IRRT unterscheiden wir zwischen 2 Arten des *Inneren Kindes*: zwischen dem *biografischen Inneren Kind* und dem *metaphorischen Inneren Kind*. Das *biografische Innere Kind* entspricht Erinnerungen an frühere Zeiten, das *Kind* fühlt sich entsprechend seinen damaligen Lebenssituationen so, wie es von seinen damaligen Bezugspersonen behandelt wurde oder sich behandelt fühlte (► **Tab. 1**).

Das *metaphorische Innere Kind* hingegen ist nicht wirklich ein Kind, sondern kann – auch wenn es noch im vorsprachlichen Alter erscheint – reife Eigenschaften und Ressourcen aufweisen. Es fühlt sich und reagiert als Folge dessen, wie es vom *Heutigen Ich* behandelt wird oder in letzter Zeit behandelt wurde. Oft äußert das *metaphorische Innere Kind* Erkenntnisse und Aussagen, die zunächst unverständlich anmuten und offensichtlich unbewussten Regionen der Psyche entstammen und durchaus als Ausdruck erstaunlicher Weisheit angesehen werden können. Das *Innere Kind* kann nicht nur in verschiedenen Innere-Kind-Sitzungen, sondern auch innerhalb nur einer Sitzung einen deutlichen Wandel seiner Gestalt, der Größe, des Alters und seiner inneren Haltung durchlaufen.

Merke

Die IRRT ist der einzige imaginative Ansatz, der mit dem metaphorischen Inneren Kind arbeitet und zwischen biografischem und metaphorischem Inneren Kind unterscheidet.

Das *Heutige Ich* ist in der Begegnung mit seinem *Inneren Kind* mit mehreren impliziten Herausforderungen konfrontiert. Diese werden dem Patienten gegenüber nicht explizit formuliert, sondern fungieren lediglich als Richtschnur für das Prozessverständnis des Therapeuten. Die generelle Herausforderung besteht darin, eine Vertrauensbasis für das *Kind* zu schaffen. Der Therapeut beobachtet dabei differenziert,

- wie weit das *Heutige Ich* die Gefühle des *Kindes* wahrnimmt („Empathie mit dem *Kind*“),
- wie weit das *Heutige Ich* die eigenen Gefühle wahrnimmt („Empathie mit sich selbst“),
- wie offen und authentisch das *Heutige Ich* darüber mit dem *Kind* kommuniziert,
- wie weit das *Heutige Ich* seine Zuständigkeit und Verantwortung für das *Kind* wahrnimmt (z. B. „*Ich werde immer für dich da sein.*“).

Das *Kind* hat keine Herausforderungen zu bewältigen, es reagiert lediglich darauf, wie es vom *Heutigen Ich* behandelt wird. Es kann in dieser Rolle als „Assistent“ des Therapeuten betrachtet werden, da es widerspiegelt, wie weit der Annäherungs- und Vertrauensprozess gediehen ist. Die Anzahl der Herausforderungen für das *Heutige Ich* ist übersichtlich; die Arten der Herausforderung können aber anspruchsvoll sein, weil es oft um die Konfrontation und Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen geht.

Merke

Die 4 impliziten Herausforderungen für das *Heutige Ich* in der Begegnung mit seinem *Inneren Kind*:

- Empathie mit dem *Inneren Kind*
- Empathie mit sich selbst
- authentische, offene Kommunikation darüber mit dem *Kind*
- Übernahme von Zuständigkeit und Verantwortung für das *Kind*

Therapieplanung und therapeutisches Vorgehen

Aus IRRT-Perspektive empfiehlt sich als Routine, bereits in einer der ersten Sitzungen im Rahmen der Probatorik eine IRRT-Innere-Kind-Sitzung durchzuführen, und zwar aus folgenden Gründen:

- Weil damit ein unmittelbarer Zugang zu Teilen der (oft unbewussten) Gefühls- und Erlebenswelt der Patienten gefunden wird,
- weil in der Begegnung zwischen dem *Heutigen Ich* und dem *Inneren Kind* unmittelbar Aspekte des Selbstverhältnisses evident werden,
- weil sich oft ein Kernthema zeigt, das in engem Zusammenhang mit der psychischen Problematik der Patienten steht,
- weil in der ersten Innere-Kind-Sitzung auch schon Ressourcen deutlich werden können,
- weil dadurch ein Einblick in die Introspektions- und Imaginationsfähigkeit der Patienten gewährt wird, der für die weitere therapeutische Arbeit aufschlussreich ist.

Neben diagnostisch aufschlussreichen Hinweisen entfaltet eine erste Innere-Kind-Sitzung oft auch schon eine therapeutische Wirkung und hilft, den Grundstein für eine tragfähige therapeutische Beziehung zu legen. Außerdem liefert sie Hinweise auf die Therapiemotivation der Patienten, indem sich zeigt, wie weit sie tatsächlich bereit und in der Lage sind, belastende Themen anzugehen, unangenehme Emotionen aufkommen zu lassen und sich damit auseinanderzusetzen.

In Begegnungen zwischen dem *Heutigen Ich* und dem *metaphorischen Inneren Kind* werden Schwierigkeiten, aber auch Ressourcen deutlich und der therapeutischen Bearbeitung zugänglich. Da es sich beim *Inneren Kind* um eine metaphorisch-symbolische Repräsentanz

FALLBEISPIEL 2

Therapiebeginn

Karl, 46, Informatiker, zuvor viele Jahre in psychotherapeutischer Behandlung wegen Depressionen und Ängsten; keine wesentliche Besserung und kein Krankheitserklärungsmodell. Karl ist bereit, in der zweiten Therapiestunde eine IRRT-Innere-Kind-Sitzung zu machen. Er sieht ein 4-jähriges Kind, das fröhlich und unbeschwert draußen spielt. Das *Heutige Ich* ist 2 m vom *Kind* entfernt, schaut ihm zu, empfindet keinen Wunsch, mit dem *Kind* in Kontakt zu treten. Allmählich wird deutlich, dass es nicht weiß, was es dem *Kind* überhaupt sagen möchte, und dass es befürchtet, sich nicht kindgerecht ausdrücken zu können, was es blockiert und traurig macht. Es ist ihm aus Scham nicht möglich, dies dem *Kind* mitzuteilen. Das *Kind* zeigt sich davon unbeeindruckt und geduldig, was das *Heutige Ich* wiederum berührt, weil ihm das völlig fremd ist. Karl ist enttäuscht, dass kein echter Kontakt zustande kam, und er formuliert in der Nachbesprechung sein Erleben: „*Ich bin verdammt dazu, stets zu versagen.*“ Und er befürchtet, auch in der Therapie versagt und seine Therapeutin enttäuscht zu haben. Beim gemeinsamen Anschauen des Videos in der Nachbehandlung wird deutlich, dass dieses Versagensempfinden auch in anderen Beziehungen eine bedeutsame Rolle spielt (v. a. Arbeitsplatz, Partnerschaft) und dass er deshalb kaum soziale Kontakte pflegt. Ad hoc zeichnet die Therapeutin Karl das Beziehungsmusterparallelen-Schema (s. Abb. 1) auf, erläutert es und gibt es ihm mit. Anhand dessen werden weitere Zusammenhänge (wie z. B. biografischer Hintergrund dieses Empfindens) exploriert.

Karl ist erstaunt und aufgewühlt, dass seine Kernproblematik, sein Versagensschema so machtvoll hervortrat, und er möchte Zusammenhänge dieses Versagensgefühls besser verstehen lernen und in seinem Verhältnis zu seinem *Inneren Kind* vorankommen. Diese erste Innere-Kind-Sitzung veranschaulicht die psychische Kernproblematik des Patienten und gibt den entscheidenden Impuls für den weiteren Therapieverlauf.

handelt (und nicht um das erinnerte *biografische damalige Kind*), bedeutet z. B. der Trost, den das *Kind* dem *Heutigen Ich* spendet, keine Parentifizierung des *Kindes*, sondern eine positiv zu wertende Ressourcenaktivierung und die Möglichkeit, Zugang zu schmerzlichen Emotionen zu finden und diese mit sich selbst zu verarbeiten.

Evaluation des Therapiefortschritts im Langzeitverlauf

Mit Innere-Kind-Sitzungen lässt sich in einer längeren Therapie der Fortschritt evaluieren, weil sich im Verhältnis des *Heutigen Ichs* zum *Inneren Kind* das Selbstverhältnis der Patienten abbildet, was auch einen Hinweis darauf gestattet, wie sie auf der äußeren Bühne „unterwegs sind“. Deshalb lohnt es sich, nicht nur zu Therapiebeginn und immer wieder zwischendurch,

FALLBEISPIEL 2 – FORTSETZUNG

Therapieverlauf

Karl hört die erste Innere-Kind-Sitzung mehrmals an, er erstellt ein Transkript, was er als zusätzlich erhellend empfindet. In den weiteren Begegnungen mit seinem *Inneren Kind* (das sich zum Gleichaltrigen und wieder zurück zum Jugendlichen wandelt) fällt es dem *Heutigen Ich* immer leichter, dem *Inneren Kind* offen zu sagen, wie es sich fühlt, was es denkt – und das *Heutige Ich* ist immer wieder aufs Neue überrascht, dass sein Verhalten vom *Inneren Kind* uneingeschränkt positiv aufgenommen wird. Sein *Inneres Kind* ist ein Ressourcenkind. Im Laufe dieser Begegnungen wird Karl deutlich, dass in seinem Leben Angst als Grundemotion vorgeherrscht hatte, und zwar v. a. Versagensangst, die er nie recht hatte verstehen können und infolge derer sich depressive Symptome eingestellt hatten. Ausgehend von den Innere-Kind-Sitzungen und den Nachbehandlungssitzungen (gemeinsames Anschauen der Sitzungsvideos) lernt er – nicht nur auf der kognitiven Ebene, sondern auch auf der Gefühls- und Erlebensebene – schrittweise Zusammenhänge zu verstehen; sie erschließen sich ihm tiefgehend: Er war 17 Jahre nach dem letzten Sohn als Nachzügler unerwünscht in eine Familie hineingeboren worden als Kind einer Mutter, die wenige Jahre zuvor das einzige Mädchen kurz nach der Geburt verloren hatte. Dieses Verlustereignis wurde in der Familie tabuisiert, und die Mutter hatte vermutlich in diesem Zusammenhang ihren Suizidversuch unternommen. Auf Karl schlug sich dies in einem umfassenden Gefühl des Ungenügens nieder.

sondern auch vor Therapieabschluss eine Innere-Kind-Sitzung durchzuführen.

In einer längeren Psychotherapie stellt der Ansatz der IRRT-Innere-Kind-Arbeit oft den Hauptanteil der verwendeten IRRT-Ansätze dar (das Fallbeispiel Frieda in [15], S.370ff. illustriert anschaulich eine IRRT-Langzeittherapie).

Beziehungsmusterparallelen

Die Beziehungsmuster, die ein Mensch bereits früh im Leben mit seinen primären Bezugspersonen entwickelt, zeigen sich später im Erwachsenenleben – auf der äußeren Bühne – in den Beziehungen zu seinen aktuellen Bezugspersonen (Partnerschaft, Beruf, Freunde). Die gleichen Beziehungsmuster können sich auch in der therapeutischen Beziehung niederschlagen. Und, was in der IRRT-Innere-Kind-Arbeit entdeckt wurde, sie finden sich auch auf der inneren Bühne in der Beziehung zum *Inneren Kind*, d. h. zu sich selbst, wieder. Wenn diese – oft maladaptiven – Beziehungsmuster effektiv konfrontiert, bearbeitet und verändert werden sollen, steht mit der Innere-Kind-Arbeit ein wirksamer Therapieansatz zur Verfügung. Dieser Ansatz arbeitet direkt dort, wo das eigentliche Problem besteht, näm-

lich auf der inneren Bühne, und Veränderungen auf der inneren Bühne schlagen sich unmittelbar auf der äußeren Bühne nieder.

Dieser systemische Aspekt wird in der IRRT für den Therapieprozess genutzt, indem diese Beziehungsmusterparallelen dem Patienten z. B. in einer Nachbehandlungssitzung auf einem Blatt Papier aufgezeichnet (► **Abb. 1**) und Schritt für Schritt mit ihm anhand konkreter Beispiele entwickelt werden.

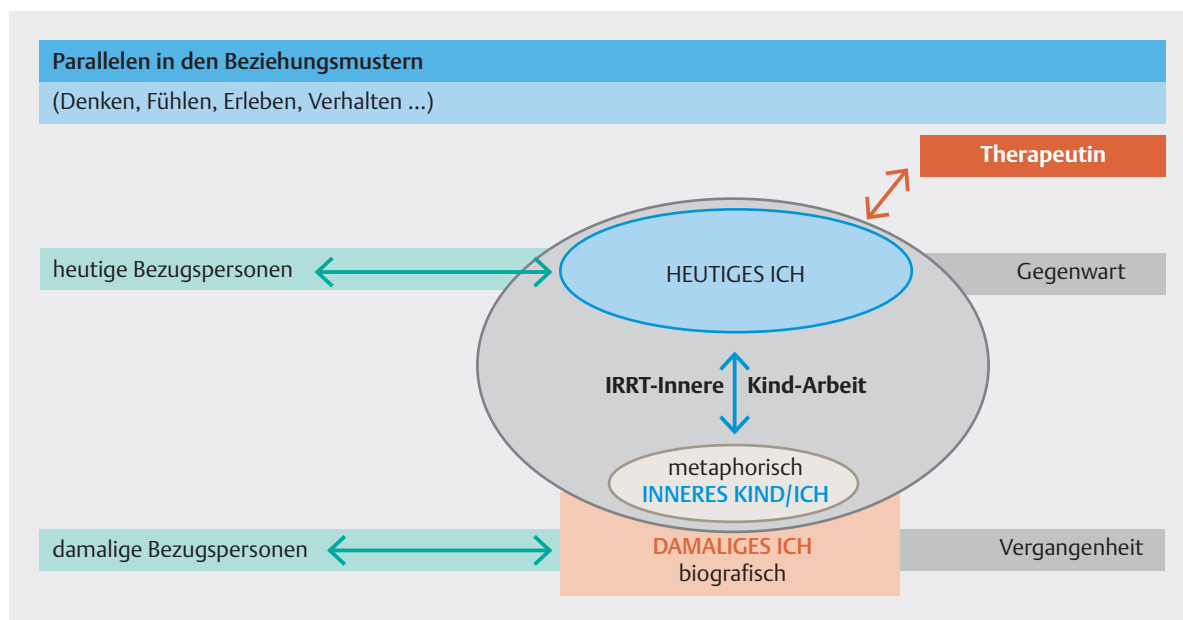
IRRT zur Behandlung von posttraumatischen Störungen (Phase-1-2-3-Sitzungen)

Die Ur-Form der IRRT entstand im Kontext der Behandlung posttraumatischer Störungen nach Typ-1- (einmalig/kurzfristig) und Typ-2-Traumata (wiederholt/langfristig). In der Imagination nutzt die IRRT dazu einen 3-phasigen Sitzungsaufbau:

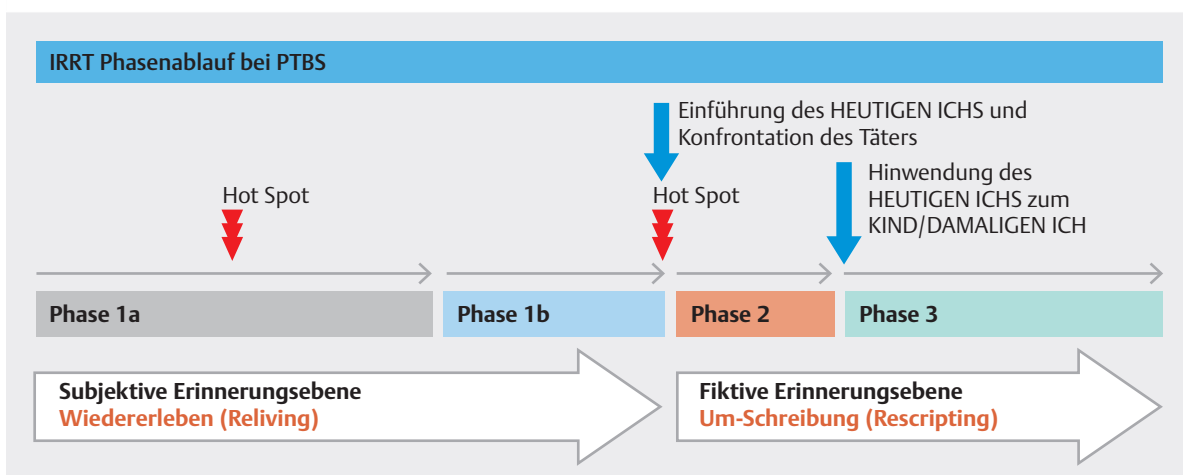
- Phase 1: Wiedererleben,
- Phase 2: Einführung des *Heutigen Ichs* und Täterkonfrontation,
- Phase 3: Hinwendung des *Heutigen Ichs* zum *Damaligen Ich* (► **Abb. 2**).

Die Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem erlittenen Trauma ist für Betroffene unangenehm und emotional belastend; allerdings wirken der aktuelle Leidensdruck, die Flashbacks und Intrusionen ebenfalls belastend, und die Aussicht auf nachhaltige Besserung und Heilung ist motivierend.

In Phase 1a erlebt der Patient auf der subjektiven Erinnerungsebene seine erlittene Traumatisierung noch einmal – von Anfang bis zum Ende. In diesem Ablauf gibt es meist einen Hot Spot, d. h. einen Moment der höchsten emotionalen Belastung, der bei diesem ersten Durchgang eruiert wird. Direkt anschließend wird das Wiedererleben wiederholt (Phase 1b), dieses Mal aber nur bis zum Hot Spot (in Anwesenheit des Täters). Genau an diesem Punkt wird das *Heutige Ich* des Patienten als zusätzliche Instanz in die Imagination eingeführt. Das *Heutige Ich* konfrontiert nun in Anwesenheit des *Damaligen Ichs* den Täter (Phase 2); hierbei steht das Handeln im Vordergrund. Nach erfolgreicher Täterentmachtung bzw. -neutralisierung wendet sich das *Heutige Ich* im letzten Teil der Imagination (Phase 3) dann dem *traumatisierten Damaligen Ich* zu. In dieser Phase stehen Gefühle, Gedanken und Erlebensweisen im Vordergrund. Gerade in dieser 3. Phase können sich – vor allem bei Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung (kPTBS) – auch größere Störungen im Selbstbezug zeigen. So ist z. B. keine emotionale Annäherung zwischen *Heutigem* und *Damaligem Ich* möglich, vermeidet das *Heutige Ich* Mitgefühl mit dem geschundenen *Damaligen Ich*, schiebt ihm die Schuld für das Geschehen zu, oder das *Damalige Ich* möchte nichts mit dem *Heutigen Ich* zu tun haben. In



► **Abb. 1** Parallelen in den Beziehungsmustern und entsprechend mögliche Therapieansätze (Doppelpfeile).



► **Abb. 2** Ablaufschema der Urform der IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy) zur Bearbeitung belastender Erinnerungen. PTBS: posttraumatische Belastungsstörung

diesen Fällen sind zur weiteren Bearbeitung dieser Problematik im Verhältnis zu sich selbst reine Phase-3-Sitzungen, d.h. IRRT-Innere-Kind-Sitzungen, besonders hilfreich: Damit können die 3 akzessorischen Symptomgruppen der kPTBS – Emotionsregulationsstörungen, negatives Selbstbild, interpersonelle Schwierigkeiten – angegangen werden [25,26].

Therapie von Alpträumen

Vom Prinzip her können belastende Träume, insbesondere Wiederholungsträume und Alpträume gleichermaßen bearbeitet und bewältigt werden. Dabei wird dann zwischen *Heutigem Ich* und *Traum-Ich* unterschieden, der Traum noch einmal wiedererlebt und wie in

einer Traumasitzung dann umgeschrieben und bewältigt. Hieran zeigt sich ebenfalls die Flexibilität, Kompaktheit und Effektivität der IRRT.

IRRT-Phase-1-3-Sitzungen

Eine Sonderform des klassischen 3-phasigen Ablaufs (ohne Phase 2) kommt einerseits dann zum Einsatz, wenn kein Täter vorhanden ist (z. B. bei Unfällen oder Naturkatastrophen). Dann wendet sich das *Heutige Ich*, das am Hot Spot in die Imagination eingeführt wird, direkt dem *Damaligen Ich* zu, es wird also dann direkt in die Phase 3 eingestiegen.

FALLBEISPIEL 2 – FORTSETZUNG

Therapieabschluss mit IRRT Phase 1-3

Kurz vor Therapieabschluss äußert Karl den Wunsch, mit seinen gelegentlich noch auftretenden Traurigkeitszuständen noch besser umgehen zu lernen. Mittels einer Affektbrücke gelangt er zu einer biografischen Situation, in der er 16 Jahre alt war. Dazu wird eine IRRT-Phase-1-3-Sitzung (s. o.) geplant: Das *Damalige Ich* ist gefangen in Minderwertigkeits- und Versagensgefühlen aufgrund einer herausfordernden schulischen Situation, das *Heutige Ich* kommt hinzu, tritt in Kontakt mit ihm, hört ihm aufmerksam zu, nimmt Anteil an seinen Gefühlen, äußert eigene ähnliche Gefühle und erwähnt seine gelegentlichen Schwierigkeiten im Umgang damit. Das *Heutige Ich* übernimmt Verantwortung und es gelingt ihm dadurch, das *Damalige Ich* zu beruhigen, was zu einer gesamten Beruhigung von Karl führt.

Diese letzte imaginative Begegnung verkörpert sinnbildlich Karls gelungenen IRRT-Therapieprozess. Während das *Heutige Ich* zu Therapiebeginn den Kontakt mit dem *Inneren Kind* vermied, konnte es im Laufe der Begegnungen Kraft und Mut schöpfen, getragen von der Haltung des *Inneren Kindes*, das Sicherheit, Zuversicht, Zutrauen, geduldige Gelassenheit und Unbekümmertheit repräsentierte, Ressourcen, die aktiviert werden konnten.

Karl fasst nun auch auf der äußeren Bühne immer mehr Mut, seine Gefühle, auch unangenehme, wahrzunehmen, zu äußern und zu akzeptieren. Er entwickelt Rituale zur regelmäßigen Kontaktaufnahme mit seinem *Inneren Kind*, was er als hilfreich und stärkend erlebt. Karl bewerkstelligt erfolgreich 2 Arbeitsplatzwechsel, ehelicht seine Partnerin, zieht um und pflegt wieder mehr Sozialkontakte.

Zusammenfassung: Erfolgreiche Psychotherapie über 3 Jahre mit 46 Sitzungen, davon 10 Innere-Kind-Sitzungen mit jeweils 2 Nachbehandlungssitzungen und eine Phase-1-3-Sitzung.

IRRT-Phase-1-3-Sitzungen können andererseits aber auch allgemein zur Behandlung von emotionalen Reaktionen, deren Hintergrund unklar ist, in denen man sich z. B. belastet und allein gelassen fühlt, eingesetzt werden. Oft werden lebensgeschichtliche Hintergründe solch unklarer Stimmungseinbrüche zugänglich, wenn zunächst die Affektbrücke erstellt wird: Der Patient schildert die ihn belastende Stimmung oder Gefühlsreaktion, in die er immer wieder gerät, mit allen begleitenden Aspekten (Kognitionen, Körperempfindungen), und er wird danach gebeten, in seiner Vorstellung mit all diesen Empfindungen auf seiner Lebenslinie, auf dem Zeitstrahl zurückzugehen bis in Jugend und Kindheit und zu schauen, welche Erinnerungsbilder dabei aufkommen, die dann mit IRRT prozessiert werden können.

IRRT bei Trauerstörungen

Dem ätiologischen Zusammenhang zwischen Verlustereignissen und psychischen Störungen wurde früher relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt, wodurch die Häufigkeit der Trauerstörungen deutlich unterschätzt wurde und eine hohe Dunkelziffer bestand. Seit Kurzem ist die „anhaltende Trauerstörung“ sowohl in der ICD-11 [27] als auch im DSM-V-TR [28] als eigenständige Diagnose verzeichnet.

PRAXISTIPP

Im Anamnesegespräch routinemäßig gezielt nach erlittenen Verlusten fragen (auch nach Fehlgeburten, Abtreibungen, Totgeburten oder Verlusten von geliebten Haustieren) und womöglich vertiefen: „*Haben Sie oder jemand anderes den Eindruck, dass Sie diesen Verlust noch nicht (ganz) verarbeitet haben?*“ Und wenn sich ein Hinweis oder auch nur ein Verdacht darauf ergibt, so ist es sinnvoll, eine IRRT-Trauersitzung durchzuführen.

Mit der IRRT liegt auch hierfür ein potenter Therapieansatz vor. Bei Trauerstörungen wird eine imaginative Begegnung zwischen dem *Fusionierten Ich* und dem Verstorbenen durchgeführt, was in der Regel formal einer reinen Phase-2-Sitzung entspricht. Die blockierten Herausforderungen des Trauerprozesses werden dabei Schritt für Schritt spontan vom Patienten durchgearbeitet und (meist infolge spontaner Handlungen oder Äußerungen des Verstorbenen) aufgelöst.

IRRT-Trauersitzungen sind in der Regel emotional sehr intensiv – nicht nur für die Betroffenen –, weshalb eine fundierte Ausbildung und eine entsprechende Behandlungsbereitschaft der Therapeuten vorhanden sein muss (wie bei PTBS). Sie sind aber auch sehr befriedigend, weil nicht selten im Rahmen einer einzigen IRRT-Trauersitzung die Trauerstörung nachhaltig aufgelöst werden kann.

In der klinischen Praxis finden sich zahlreiche Beispiele von jahrzehntelanger psychischer Krankheit – ausgelöst durch ein Verlusterlebnis, dem vorher keine Aufmerksamkeit geschenkt worden war –, die nach einer IRRT-Trauerbehandlung dann einer Auflösung bzw. Heilung zugeführt werden konnte.

FALLBEISPIEL 3

Sophie, 76 Jahre, vermutete 55 Jahre nach 2 Abtreibungen, dass ihre über Jahrzehnte rezidivierenden Depressionen ursächlich damit zusammenhängen. Nach den 2 IRRT-Trauerersitzungen mit der Begegnung mit den abgetriebenen Kindern konnte sie eine nachhaltige Remission erzielen.

Traumatische Trauer

Einen Spezialfall stellt die Bearbeitung von traumatischer Trauer dar, wo der Patient sowohl Symptome einer PTBS als auch einer anhaltenden Trauerstörung zeigt. Bei traumatischer Trauer werden analog zur Traumabehandlung Phase 1a und Phase 1b durchgeführt, aber am Hot Spot beginnt die Begegnung und Auseinandersetzung des *Fusionierten Ichs* mit dem Verstorbenen.

Begegnungen mit Organen/Körperteilen

Eine zentrale Herausforderung der psychosomatischen Medizin liegt darin, von geschilderten körperlichen Symptomen ohne nachweisliche organische Ursache her auf die Ebene zu gelangen, wo das ursächliche, das psychische Problem vermutet wird. Auch hier verfügt die IRRT über hilfreiche Ansätze, mit denen z. B. analog zur Begegnung mit einer verstorbenen Person verlorenen oder kranken Organen begegnet werden kann [16]. Im Fallbeispiel Anna ([14], S. 210ff.) konnte die Patientin 10 Jahre nach ihrer Brustamputation ihren unverarbeiteten Verlust, der sich in Depressionen, Binge Eating und Arbeitsunfähigkeit zeigte, durch die imaginative Begegnung mit ihrer amputierten Brust auflösen.

Darüber hinaus können auch hilfreiche imaginative Begegnungen mit (Beschwerden bereitenden) Körperteilen (z. B. Unterleib, Bauch, Magen, Herz, Knie) durchgeführt werden, wobei die üblichen IRRT-Grundprinzipien befolgt und die IRRT-spezifischen Fragen und Interventionen angewendet werden. Das *Fusionierte Ich* begegnet in der Imagination z. B. seinem Bauch, der ihm immer wieder Unwohlsein bereitet. Es ist erstaunlich, wie problemlos Patienten dieses surreal anmutende Szenario meistern und für sich hilfreich nutzen.

IRRT-ER zur Emotionsregulation bei Rückfällen in Ich-dystones Verhalten

Im Rahmen von Suchttherapien wurde die Potenz von IRRT-Sitzungen zur Durchführung von Verhaltensanalysen bei Rückfällen erkannt [17] und eine entsprechende Anpassung in der Vorgehensweise vorgenommen. Wenn man davon ausgeht, dass die meisten Rückfälle durch belastende Emotionen ausgelöst werden, kann im Prinzip der gleiche Phasenablauf wie bei posttrau-

ZUSATZINFO**Herausforderungen in einem Trauerprozess**

- Zulassen und Durchleben der Gefühle (Trauer, Ohnmacht, Wut, Angst, Sehnsucht, Einsamkeit, Verlassenheit, Schuld)
- Akzeptanz des Verlusts als schmerzhaftes Realitäts
- (Er-)Finden und Durchführen von Ritualen
- bildhafte oder symbolische Integration des Verstorbenen als innere Repräsentanz in die eigene Biografie, das Alltagsbewusstsein und das zukünftige Leben
- Wiederaufnehmen der Alltagsaufgaben (Arbeit, Beziehungen, Partnerschaft, spirituelle Orientierung)

→ Wenn dieser Prozess an irgendeinem Punkt blockiert ist, kann die Symptomatik einer anhaltenden Trauerstörung entstehen, und es kann die Indikation zu einer IRRT-Trauerbehandlung gestellt werden.

FALLBEISPIEL 4

Alfred, 48, Elektroingenieur, erleidet völlig unerwartet einen schweren Herzinfarkt. Nach monatelanger Rehabilitation erfolgt ein sachter Wiedereinstieg in die Arbeitswelt, wobei ihn weiterhin eine ständige Unsicherheit begleitet und einschränkt. Deshalb sucht er psychotherapeutische Hilfe auf. Die IRRT-Therapeutin schlägt ihm eine imaginative Begegnung mit seinem Herzen vor. Infolgedessen imaginiert Alfred spontan sein Herz auf einer Wiese, und es findet ein Dialog zwischen den beiden statt. Alfred berichtet ihm: „*Weißt du, mir geht es aktuell nicht so gut; seit dem Herzinfarkt bin ich völlig verunsichert und weiß nicht mehr, ob ich mich auf dich verlassen kann.*“ Und das Herz antwortet: „*Ich musste die Notbremse ziehen, weil du mich dein Leben lang zu wenig beachtet hast.*“ Alfred ist verblüfft über diese Aussage und wird nachdenklich. In den Augen des Herzens sieht er Traurigkeit. In der weiteren Auseinandersetzung von Alfred mit seinem Herzen entsteht immer mehr gegenseitiges Vertrauen. Alfred verspricht dem Herzen, in Zukunft mehr auf es zu achten, und im Abschlussbild hüpfen beide zufrieden Hand in Hand auf einem Feldweg in die Abendsonne.

So surreal diese Begegnung scheinen mag, so unmittelbar evident und so hilfreich ist sie für Alfred: Es gelingt ihm danach, mehr zur Ruhe zu kommen und Zutrauen in seinen eigenen Körper zu finden. Er lernt, neue Prioritäten zu setzen und sich zu seiner Zufriedenheit mit einem reduzierten Arbeitspensum wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren.

matischen Störungen ohne Täter erfolgen, also eine Phase-1-3-Sitzung. Das *Heutige Ich* wird bei der maximalen emotionalen Belastung kurz vor dem Rückfall ins Ich-dystone Verhalten (z. B. Rückfälle in Substanzkonsum, selbstverletzendes Verhalten, Zwangsverhalten oder Essrückfälle) eingeführt. In der Begegnung mit dem *rückfallgefährdeten Damaligen Ich* nimmt das

ZUSATZINFO**Kontraindikationen bei traumakonfrontierenden IRRT-Sitzungen**

- bestehender Täterkontakt
- akute interferierende Komorbidität (Psychose, schwere Dissoziation, akuter Suchtmittelkonsum, Anorexie mit BMI [Body Mass Index] <17,5, gefährdende somatische Krankheitsbilder)
- akute Suizidalität
- überwältigender Alltagsstress

Allerdings können diese Kontraindikationen auch relativ sein, was unerfahrene Therapeuten im Vorfeld der Behandlung mit einem erfahrenen Supervisor abklären sollten.

Heutige Ich genau wahr, wie sich das *Damalige Ich* fühlt, und es kann dann alternative, konstruktivere Wege in der Emotionsverarbeitung im Kontakt mit ihm entwickeln. Die Patienten lernen, sich selbst Unterstützung zu geben, ohne dabei in unerwünschtes Verhalten zurückzufallen. In der Fortsetzung des Therapieprozesses kommen dann oft IRRT-Innere-Kind-Sitzungen zur weiteren Vertiefung zum Einsatz.

Vorbereitung, Nachbesprechung und Nachbehandlung von IRRT-Sitzungen

Bevor IRRT-Behandlungen mit den spezifischen Imaginationssitzungen begonnen werden, erfolgt die für Psychotherapien übliche Vorbereitung, bei posttraumatischen Störungen s. z. B. [29]. Es gibt aber auch spezifische vorbereitende Maßnahmen für IRRT-Sitzungen. Dazu zählen bei Traumasitzungen die Durchführung des Fragebogens EIBE, des *Emotionsinventars belastender Erlebnisse* als Kurzinterview ([13], S. 429f.) und bei Trauersitzungen die Beantwortung der vorbereitenden Fragen und die Planung des Phasenablaufs ([14], S. 43ff.). Bei Innere-Kind-Sitzungen kann die Vorbereitung kurzgehalten werden. Routinemäßig werden IRRT-Sitzungen auf Video aufgezeichnet; dazu wird eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten eingeholt und dokumentiert.

Unmittelbar im Anschluss an eine Imaginationssitzung führt der Therapeut mit dem Patienten eine kurze, standardisierte Nachbesprechung durch. Diese dient der Analyse, der Vertiefung und weiteren Verankerung des soeben Erlebten, wobei auch hier darauf geachtet wird, sokratisch zu bleiben und den Patienten möglichst nah in seinem individuellen Prozess zu begleiten.

In den folgenden Sitzungen wird in der Regel mit den Patienten in der Nachbehandlungsphase das Sitzungs-video angeschaut, was für viele beim erstmaligen Be-

trachten einer Exposition *in vivo* gleichkommt und was entsprechend thematisiert und therapeutisch genutzt wird. Die Entwicklung von Bewältigungsbildern in der Phase 2 (Täterkonfrontation) sowie mögliche Selbstberuhigung und Tröstung in Phase 3 (Begegnung mit dem *Damaligen Ich*) können so intensiviert werden. Zudem können einzelne Aspekte aufgegriffen, analysiert und vertieft werden, wobei die therapeutische Haltung auch hier sokratisch-zurückhaltend bleibt. Ebenso eignet sich die Nachbehandlung dazu, in der Imaginationssitzung nicht Gefragtes oder nicht Vertieftes anzusprechen, Parallelen zum Hier und Jetzt zu ziehen, die aktuelle Befindlichkeit zu explorieren und weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Zur weiteren Intensivierung der Wirksamkeit einer IRRT-Sitzung in der Nachbehandlungsphase kann den Patienten auch die Audio- (oder Video-)Aufnahme der Sitzung zum selbstständigen Nachhören (Nachschauen) zwischen den Therapiesitzungen mitgegeben werden. Eine weitere Vertiefungsmöglichkeit stellt schließlich das Erstellen eines wörtlichen Transkripts der IRRT-Sitzung dar. Es wird also auch in der Nachbehandlungsphase auf höchstmögliche Selbstwirksamkeit hingearbeitet.

Nicht nur für Therapeuten ist diese Nachbehandlung, die sich oft über 2–3 Sitzungen erstreckt, sehr aufschlussreich hinsichtlich des Fallverständnisses und der Evaluation des Therapieprozesses. Auch Patienten lernen sich immer besser kennen und verstehen, und sie merken, welche Kernprobleme bestehen und was an weiteren Verarbeitungsschritten ansteht. Ganz organisch schließt sich an eine Nachbehandlung in der Regel die konkrete Fortführung der (IRRT-)Therapie an. Im gemeinsamen Gespräch wird das weitere therapeutische Prozedere kollaborativ entwickelt und der passende (IRRT-)Ansatz ausgewählt.

Lernbarkeit, Ausbildung, zertifiziertes Training

Die IRRT ist ein didaktisch sorgfältig aufbereitetes und gut lehr- und lernbares Verfahren, das zugleich einfach als auch schwierig sein kann. Die therapeutischen Grundpfeiler (Imagination, sokratische Haltung, Arbeit mit verschiedenen Persönlichkeitsanteilen, sprachliche und konzeptuelle Genauigkeit und Prozessorientierung) sowie der Phasenaufbau sind plausibel, logisch und übersichtlich. Aber die konsequente Umsetzung all dessen in der täglichen therapeutischen Praxis und das vertiefte Fall- und Prozessverständnis sind erfahrungsgemäß herausfordernd. Kurzgefasst: Das Schwierige ist das Verständnis und das praktische Umsetzen des Einfachen.

Notwendig bzw. dringend empfohlen ist eine fundierte Ausbildung im Rahmen eines zertifizierten Trainings, wobei dieses sehr praxisnah erfolgt. Unmittelbar nach dem ersten Basisworkshop können bereits erste IRRT-Sitzungen durchgeführt werden. Es lohnt sich zudem, frühzeitig supervisorische Begleitung in Anspruch zu nehmen, damit sich nicht untaugliche Routinen einschleichen. IRRT-Workshop-Daten und formale Bedingungen finden sich auf www.irrt-deutschland.de und www.irrt.ch.

Ein geübter IRRT-Therapeut empfindet seine therapeutische Arbeit zunehmend als entlastend, als Freude und Befriedigung bereitend – und nicht wenige Therapeuten haben in der IRRT nach mehrjähriger Berufserfahrung die Methode gefunden, die für sie optimal passt. In der IRRT wird versucht, das Unmögliche möglich, das Mögliche leicht und das Leichte elegant zu machen (nach Moshé Feldenkrais).

Ausblick – IRRT als *Work in Progress*

Im Rahmen der IRRT ist man sich der Vorläufigkeit der Erkenntnisse und therapeutischen Interventionen bewusst; man legt geradezu ein besonderes Augenmerk darauf, Hypothesen kontinuierlich zu überprüfen, und zwar sowohl im Gespräch mit den Patienten als auch im Austausch mit Kollegen, um daraufhin das eigene therapeutische Vorgehen zu reflektieren. Wendet man die IRRT korrekt an, wird man meist die Erfahrung machen, dass die Patienten in ihrem Erleben das bestätigen, was die Grundannahmen der IRRT ausmacht – und dies, ohne dass die Patienten darum wissen! Es wird immer wieder betont, dass IRRT-Therapeuten sich von ihren Patienten belehren lassen, vor allem um was es im IRRT-Heilungsprozess geht.

Es ist nicht einfach, solch komplexe Prozesse im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Studien nachzuvollziehen. Dennoch wäre es wünschenswert, wenn mehr Studien durchgeführt würden, die sich genauer mit dem IRRT-Prozess in seinen verschiedenen Ansätzen widmen, und die die Wirksamkeit, die Patienten und Therapeuten im klinischen Alltag wahrnehmen, weiter untermauern würden.

KERNAUSSAGEN

- Die IRRT wurde Anfang der 1990er-Jahre als erste Psychotherapiemethode zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen mittels imaginativen Umschreibens entwickelt.
- Heute ist das Indikationsspektrum sehr breit. IRRT kann als *Stand-alone*-Ansatz durchgeführt oder als Modul in andere Therapieverfahren eingebaut werden.
- Mit den 5 aktuellen IRRT-Ansätzen können Traumafolgestörungen und Folgen anderer belastender Erlebnisse, das Verhältnis zu sich selbst, Trauerstörungen, bestimmte psychosomatische Störungen sowie Rückfälle in Sucht- und anderes Ich-dystones Verhalten bearbeitet werden.
- Die Grundpfeiler der IRRT sind Imagination, Aufspaltung in verschiedene Persönlichkeitsanteile (z. B. *Heutiges* und *Damalgiges Ich*), sokratische Haltung, sprachliche Genauigkeit, konzeptuelle Genauigkeit, prozessorientierte Haltung.
- In einer IRRT-Behandlung wird ein Selbstheilungsprozess aktiviert, deblockiert und umgesetzt.
- Die Nachbehandlung von IRRT-Sitzungen, vor allem die Nachbearbeitung des Sitzungsvideos, spielt eine wesentliche Rolle im Heilungsprozess.
- In einer IRRT-Langzeittherapie spielen Innere-Kind-Sitzungen (d. h. die Bearbeitung des Verhältnisses zu sich selbst) eine entscheidende Rolle.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an im Bereich der Medizin aktiven Firma: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an zu Sponsoren dieser Fortbildung bzw. durch die Fortbildung in ihren Geschäftsinteressen berührten Firma: nein

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren

**Dr. med. Rolf Köster**

1955, Medizinstudium in Mainz, Köln, Wien, Zürich. Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes. Doktorat in Pharmakologie. Facharzt für Allgemeinmedizin (D), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (CH), zertifizierter Psychotraumatheapeut DeGPT.

Weiterbildungen in EMDR, BEPP, Prolonged Exposure Therapy of PTSD. IRRT-Trainer und Supervisor. Eigene Praxis in Bremgarten/Aargau/Schweiz, Co-Leiter IRRT-Institut Schweiz.

**Lic.phil., M.Sc. Silvia Köster**

1961, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP. Studium der Psychologie, Hermeneutik, Germanistik und Romanistik an der Universität Zürich. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Spiritual Care an der Universität Zürich. IRRT-Trainerin und Supervisorin. Eigene Praxis in Bremgarten/Aargau/Schweiz, Co-Leiterin IRRT-Institut Schweiz.

**Prof. Dr. Mervyn Schmucker**

1949, Doktorat in klinischer Psychologie (Pennsylvania State University), Clinical Internship (University Medicine and Dentistry of New Jersey), Postdoctoral Fellowship (University of Pennsylvania Medical School), Clinical Associate Professor (University of Pennsylvania). Langjähriger Mitarbeiter von Prof. A.T. Beck, leitete dessen Center for Cognitive Therapy. Gastprofessor an der Universität Freiburg/Br. Senior Clinical Consultant an der Klinik am Waldschlößchen, Zentrum für Psychotraumatheorie (Dresden). IRRT-Trainer und -Supervisor. Co-Leiter IRRT-Zentrum-Wiesbaden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Rolf Köster

IRRT-Institut Schweiz
Sonnengutstrasse 2
5620 Bremgarten
Schweiz
Info@irrt.ch

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß
Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Rolf Köster, Bremgarten, Schweiz.

Literatur

- [1] Dancu C, Smucker M. Cognitive-behavioral interventions for PTSD related to childhood sexual assault: The efficacy of prolonged imaginal exposure plus stress inoculation training (PE + SIT) compared with imagery rescripting (IR). Lecture presented at the 27th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Atlanta: 1993
- [2] Smucker M, Niederee J. Imagery rescripting: A multifaceted treatment for childhood sexual abuse survivors. In: Vande-Creek L, Knapp S, Jackson TL (eds.) *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*. Vol. 13. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1994: 73–85
- [3] Smucker M, Niederee J. Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cogn Behav Pract* 1995; 2: 63–93
- [4] Smucker M, Dancu C, Foa E et al. Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *J Cog Psychother* 1995; 9: 3–17
- [5] Arntz A, Weertman A. Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behav Res Ther* 1999; 37: 715–740 doi: 10.1016/S0005-7967(89)00173-9
- [6] Steil R, Jung K, Stangier U. Efficacy of a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42: 325–329 doi: 10.1016/j.jbtep.2011.01.008
- [7] Thünker J, Pietrowsky R. Effectiveness of a manualized imagery rehearsal therapy for patients suffering from nightmare disorders with and without a comorbidity of depression or PTSD. *Behav Res Ther* 2012; 50: 558–564 doi: 10.1016/j.jbrat.2012.05.006
- [8] Grunert B, Smucker M, Weis J et al. When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cogn Behav Pract* 2003; 10: 333–346
- [9] Grunert B, Weis J, Smucker M et al. Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged imaginal exposure for posttraumatic stress disorder following industrial injury. *J Behav Ther Exp Psychiat* 2007; 38: 317–328
- [10] Alliger-Horn C, Mitte K, Zimmermann P. Vergleichende Wirksamkeit vom IRRT und EMDR bei kriegstraumatisierten deutschen Soldaten. *Trauma & Gewalt* 2015; 9: 204–215
- [11] Alliger-Horn C, Zimmermann P, Schmucker M. Guilt, Shame and Compassionate Imagery in War: Traumatized German Soldiers with PTSD, a Pilot Study. *J Clin Med* 2016; 5: 90 doi: 10.3390/jcm51000090
- [12] van Boterhoven de Haan K L, Lee CW, Fassbinder E et al. Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial. *Brit J Psych* 2020; 217: 9–15
- [13] Schmucker M, Köster R. *Praxishandbuch IRRT – Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer*. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2023
- [14] Köster R, Schmucker M. *IRRT zur Behandlung anhaltender Trauer. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy in der Praxis*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2020

- [15] Schmucker M, Köster R. "... und wie reagiert das KIND?" Diagnostik und Heilung durch Innere-Kind-Arbeit in der IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy. 2. Aufl Stuttgart: Klett-Cotta; 2023
- [16] Köster R, Köster S. IRRT zur Behandlung gynäkopsychotherapeutischer Fragestellungen [in Vorbereitung].
- [17] Fleckenstein M, Leiberg S. IRRT-ERT – Ein emotionsaktivierendes Verfahren zur Rückfallbearbeitung. SuchtMagazin 2019; 45: 28–31
- [18] Saulsman L, Ji JL, McEvoy PM. The essential role of mental imagery in cognitive behaviour therapy: What is old is new again. Aust Psychol 2019; 54: 237–244
- [19] Ji JL, Burnett Heyes S, MacLeod C et al. Emotional mental imagery as simulation of reality: fear and beyond—a tribute to Alfred Lang. Behav Ther 2016; 47: 702–719 doi: 10.1016/j.beth.2015.11.004
- [20] Ji JL, Kavanagh DJ, Holmes EA et al. Mental imagery in psychiatry: conceptual and clinical implications. CNS Spectr 2019; 24: 114–126 doi: 10.1017/S1092852918001487
- [21] Dufourcq A. Merleau-Ponty: une ontologie de l'imaginaire. Phaenomenologica 204. Berlin: Springer; 2012: doi: 10.1007/978-94-007-1975-0
- [22] Hütter G. Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck + Ruprecht; 2015
- [23] Angehrn E. Sinn und Nicht-Sinn. Das Verstehen des Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck; 2010
- [24] Schmucker M, Köster R. Den Selbsthass überwinden: Versöhnung mit dem Kind-Ich. In: Dyer A, Priebe K (eds.) Metaphern, Geschichten und Symbole in der Therapie Traumatisierter. Göttingen: Hogrefe; 2014: 143–150
- [25] Schnyder U. Vorwort. In: Schmucker M, Köster R (eds.) "... und wie reagiert das KIND?" Diagnostik und Heilung durch Innere-Kind-Arbeit in der IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy. 2. Aufl Stuttgart: Klett-Cotta; 2023: 11–12
- [26] Köster R, Köster S, Schmucker M. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) zur Behandlung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Ärztl Psychother Psychosom Med 2023; 18: 191–197 doi: 10.21706/aep-18-3-191
- [27] World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 1/2023. Zugriff am 29. Januar 2024: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- [28] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2022: doi: 10.1176/appi.books.9780890425787
- [29] Linde A. Interventionen bei posttraumatischen Störungen. Schweiz Z Neur Psych 2022; 3: 7–14

Bibliografie

PSYCH up2date 2024; 18: 149–167

DOI 10.1055/a-2122-4413

ISSN 2194-8895

© 2024, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXM629J> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512024165721760



Frage 1

Die IRRT wurde entwickelt ...

- A in den letzten 5 Jahren von Lacan-Schülern in Frankreich.
- B in den 1990er-Jahren auf dem Boden der kognitiven Verhaltenstherapie in den USA.
- C vor 50 Jahren in der Schweiz von Schülern C.G. Jungs.
- D als neopsychoanalytischer Ansatz in den 1940er-Jahren.
- E von Carl Rogers in den 1960er-Jahren.

Frage 2

Der Urheber (die Urheberin) der IRRT heißt ...

- A Fritz Perls.
- B Aaron T. Beck.
- C Franz Alexander.
- D Karen Horney.
- E Mervyn Schmucker.

Frage 3

IRRT ist ein Akronym für ...

- A Imaginative Reactive Rebirthing Treatment.
- B Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy.
- C Imagery Rescripting & Reattribution Therapy.
- D Individual Remedy for Reprocessing Trauma.
- E Imaginal Reprocessing & Reattribution Therapy.

Frage 4

In welcher Phase einer traumakonfrontierenden IRRT-Sitzung findet die Täterkonfrontation statt?

- A Phase 1a.
- B Phase 1b.
- C Phase 2.
- D Phase 3.
- E Kann in allen genannten Phasen stattfinden.

Frage 5

Auf welcher Grundlage baut die IRRT auf?

- A Selbstheilungsfähigkeit der Patienten.
- B Kreative Brillanz der Therapeuten.
- C Zufällen im Leben.
- D Festigkeit im Glauben.
- E DNA-Profil der Patienten.

Frage 6

Bei IRRT-Langzeittherapien geht es im letzten Teil der Behandlung vor allem um ...

- A kognitive Einsichten in den Hintergrund der psychischen Problematik.
- B umfassende Beruhigung.
- C gezieltes Training emotionaler Kompetenzen mittels KVT-Interventionen (KVT: kognitive Verhaltenstherapie).
- D die Planung der posttherapeutischen Strategie.
- E die Bearbeitung des Selbstverhältnisses durch IRRT-Innere-Kind-Sitzungen.

Frage 7

Anhaltende Trauerstörungen können mit IRRT ...

- A nicht behandelt werden.
- B in der Regel erfolgreich behandelt werden.
- C in der Regel nur nach monatelanger Vorbereitung behandelt werden.
- D nur in Verbindung mit traumafokussierten Ansätzen behandelt werden.
- E oft schlimmer werden.

Frage 8

Imaginative Begegnungen mit verlorenen oder kranken Organen in der IRRT ...

- A sind esoterisch und führen bei Patienten zu Verwirrung und Konsternierung.
- B führen oft zu einer Verschlimmerung der psychosomatischen Störung.
- C können zu einer Auflösung der psychosomatischen Problematik führen.
- D werden gar nicht durchgeführt.
- E stellen mit Abstand die häufigste Indikation für IRRT-Sitzungen dar.

Frage 9

Wenn ein Kontaktversuch des *Heutigen Ichs* mit dem *Inneren Kind* in einer IRRT-Innere-Kind-Sitzung damit endet, dass das Kind wegläuft, bedeutet das, dass ...

- A das *Kind* desorientiert ist.
- B das *Kind* etwas missverstanden hat.
- C das *Heutige Ich* sein Anliegen ungeschickt formuliert hat.
- D womöglich ein Selbstverletzungsverhalten vorliegt.
- E das *Kind* lieber mit Freunden spielen möchte.

Frage 10

Traumakonfrontationssitzungen mit IRRT ...

- A dürfen nur bei Symptombfreiheit durchgeführt werden.
- B dürfen nur unter stationären Bedingungen durchgeführt werden.
- C gehen in der Regel ohne emotionale Aktivierung einher.
- D sind in der Regel emotional heftig.
- E helfen zwar oft, lassen die Traumafolgesymptomatik aber unverändert.