

Christiane Richter

IRRT – Traumatherapie aus eigener Kraft

IRRT (*Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy*) ist eine imaginative Methode zur Um-Schreibung und Neuverarbeitung von belastenden Bildern. Sie wurde von Mervyn Schmucker zuerst für die Behandlung von Traumata entwickelt, wird heute aber auch bei vielfältigen Indikationen angewendet: quälende Bilder bei Depressionen und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, in der Trauerbehandlung und mittlerweile auch zur Emotionsregulation bei Suchterkrankungen. Wichtig zu erwähnen ist hier auch Rolf Köster, der zusammen mit dem ursprünglichen Begründer der Methode laufend weitere Anwendungsgebiete und Verfeinerungen entwickelt. IRRT ist eine „method in progress“, die ständig weiter ausgestaltet und für neue Indikationen angepasst wird. Ich selbst bin fast per Zufall in meinem ersten IRRT-Seminar gelandet – danach war ich fasziniert davon und begierig, mehr darüber zu erfahren.

MEINE EIGENE ANNÄHERUNG

Warum noch eine weitere Traumatherapiemethode erlernen? Und sich gerade mit IRRT beschäftigen? Jede Technik hat unterschiedliche Stärken und es ist immer individuell abzuwägen, welche am besten anwendbar ist.

Als KIP- und Schematherapeutin sind mir imaginative Methoden gut vertraut: in der katathym-imaginativen

Psychotherapie wird im Rahmen von Imaginationen symbolisch behandelt und auch die Schematherapie verwendet Imaginationen als wichtigen Bestandteil: im Rahmen der Floatback-Technik – ein Zurücktreiben(lassen) in alte, evtl. auch traumatische Kindheits-situationen unter Einbeziehung aller Sinnesqualitäten –, wobei Therapeut*innen dann im Sinne des Limited Reparenting (auf Deutsch auch „Nachbeelterung“: Therapeut*in übernimmt positive, schützende, fürsorgliche elterliche Anteile, die Klient*innen nach einer gewissen Zeit selbst für sich übernehmen lernen sollen) eine sehr aktive Rolle einnehmen und eventuell vorhandene Täter*innen konfrontieren.

Die große Stärke von IRRT liegt darin, dass Traumatisierte bei dieser Therapieform in die Lage versetzt werden, ihre Täter*innen *selbst* zu entmachten. Die enge Begleitung durch die Fragetechnik der Therapeut*in unterstützt sie dabei.

THE MAKING OF IRRT

Während eines Selbsterfahrungswochenendes als Student in einem Master-Programm begegnete Schmucker 1978 seinem verstorbenen Vater auf der inneren Bühne. Die Begleitung und vor allem die sprachlichen Vorgaben des Therapeuten erlebte er dabei als ausgesprochen hinderlich für diese Begegnung, sodass er sich in der Imagination darüber hinwegsetzte. Dieses

– schließlich sehr berührende – Erlebnis prägte ihn bei der späteren Entwicklung von IRRT, aber auch in der starken Betonung einer „sokratischen“ Begleitung (zu der ich noch kommen werde).

Schmucker begann die Methode Ende der 1980er Jahre zu entwerfen, er war damals Mitarbeiter von Aaron Beck (Kognitive Verhaltenstherapie) und stand auch in Kontakt mit Jeffrey Young (Schematherapie). Damals, als die Traumadiagnose 1980 in das DSM-III und 1992 in den ICD-10 aufgenommen wurde und die Auseinandersetzung mit dieser Problematik in vielen Therapie-richtungen so langsam anging, erkannte auch Schmucker, dass man belastende Bilder nicht rein kognitiv behandeln kann, sondern dass der Zugang zum Affekt ganz wichtig für die Bearbeitung ist.

Von einem Kollegen bekam Schmucker Ende der 1980er Jahre eine Patientin vorgestellt – er nannte sie in einem Vortrag Mary –, die mit 19 Jahren als Babysitterin eine Vergewaltigung erlebt hatte und seit über zwanzig Jahren von nächtlichen Albträumen heimgesucht wurde. Er ließ sich die Szene im Rahmen einer Imagination schildern und fragte dabei, was sie daran verändern wolle. Mary attackierte und überwältigte den Mann. Am nächsten Tag berichtete die Patientin, sie habe in der Nacht wieder den Albtraum gehabt, jedoch diesmal den Täter auf dieselbe Art und Weise entmachten können wie in der Imagination. Das war das letzte Mal, dass sie davon träumte: Mary hatte mit Hilfe der Imagination das seit Jahrzehnten belastende Erlebnis erfolgreich selbst „um-geschrieben“ (*rescripting*).

Schmucker bemerkte in der Folge, dass eine gelungene Konfrontation mit der Täter*in nicht in allen Fällen ausreichend gelang, insbesondere dann nicht, wenn die Klient*innen zum Zeitpunkt der Traumatisierung noch Kinder gewesen waren. So entwickelte er die Idee, dass das heutige Erwachsenen-Ich in die belastende Szene eintritt und die Entmachtung der Täter*in durchführt. Damit war die „Phase 2“ des heutigen IRRT entstanden, nämlich die *Entwicklung von Bewältigungsbildern*.

Eine häufige Beobachtung war, dass viele Klient*innen danach ganz aus eigenem Antrieb das verletzte Kind in ihnen trösteten und stärkten, damit bildete sich die „IRRT-Phase 3“, die *Selbsttröstung*. Später wurde daraus die Arbeit mit dem Inneren Kind entwickelt (s. u.).

Im Anschluss arbeitete Schmucker mit Prof. Edna Foa, die sich mit Expositionstherapie befasste. Dabei wurde ihm deutlich, dass die Wirkung der Phase 2 wesentlich verstärkt wird, wenn Klient*innen die traumatische Szene im Rahmen einer Imagination

nochmals intensiv wiedererleben, bevor das Erwachsenen-Ich eingeführt wird. Dieser Teil wird heute als „IRRT-Phase 1“ bezeichnet: *Exposition und Wiedererleben*.

Damit war der dreiphasige imaginative IRRT-Therapieprozess zur Behandlung von Traumatisierungen entwickelt. Der heutige Ablauf beginnt mit dem Wiedererleben der kritischen Situation in Phase 1, es folgt mit Phase 2 die Täter*in-Konfrontation und danach kommt die Selbstberuhigung und -tröstung in Phase 3.

Interessanterweise entspricht dieser Ablauf der Polyvagaltheorie von Stephen W. Porges: Zunächst wird in Phase 1 mit der Exposition der schmerzlichen Erinnerung der *dorsale Vagus* aktiviert, dann in Phase 2 durch den Wechsel in den Handlungsmodus der *Sympathikus* und schließlich mit der Selbstberuhigung in Phase 3 der *ventrale Vagus*.

DIE FEINHEITEN DER METHODE

Insgesamt nehmen die Therapeut*innen eine sokratische Haltung ein. Sokrates war dafür bekannt, dass er seine Schüler nicht belehrte, sondern durch kluges Fragen selbst auf die Antworten brachte. Den Klient*innen werden also keine Lösungsvorschläge vorgegeben, sondern man bleibt durch die gezielte Fragetechnik ganz eng am Prozess und an der Klient*in. Die Therapeut*in wird dadurch von der Klient*in als sehr präsent erlebt.

Es geht daher vor allem um die Bedeutung der feinen Nuancen bei der Wortwahl und damit um *sprachliche Genauigkeit*. Im Laufe der Zeit habe ich gelernt, wie bedeutend ein einziges Wort einen Prozess verändern kann.

So werden z. B. sehr bewusst offene Fragen eingesetzt:

„Was möchten Sie als Erwachsenen-Ich dem Kind jetzt gerne sagen oder mit ihm tun?“

Dies ist eine offene Frage mit einer impliziten Aufforderung. Ein Beispiel für eine geschlossene Frage wäre:

„Können Sie dem Täter jetzt vielleicht etwas sagen?“

Eine solche Formulierung impliziert Zustimmung bzw. Ablehnung und kann demnach problematisch sein, da Klient*innen darauf antworten könnten: „Nein, kann ich nicht“. Während der zweiten oder dritten Phase sind offene Fragen wichtig, geschlossene Fragen werden eher am Übergang von einer zur anderen Phase oder zum Abschluss der Imagination gestellt.

Ebenso von Bedeutung ist die bewusste Anwendung des Konjunktivs. Die Möglichkeitsform erleichtert die Überwindung von Ängsten und Blockaden, z. B.:



DR.^{IN} CHRISTIANE RICHTER ist Psychotherapeutin (IRRT, KIP, Schematherapie/ Supervisorin), sowie Fachärztin für Psychiatrie, psychotherapeutische Medizin und Geriatrie, Konsiliarärztin in diversen Einrichtungen und Lehrende an der FH Campus Wien für Soziale Arbeit (Bachelor und Master)

„Was würden Sie jetzt am liebsten mit der Täter*in machen oder ihr/ihm sagen, wenn Sie die Kraft oder den Mut dazu hätten?“

Angestrebt wird die primäre affektive Erlebnisebene – Schmucker spricht oft vom „im Prozess sein“ – und falls Blockaden auftreten (z. B. in der zweiten Phase Täter*in-Konfrontation), hilft eine sekundäre kognitive Bearbeitungsebene, die häufig durch eine Frage der Therapeut*in eingeleitet wird. Eine solche Frage sollte auf „weil –?“ enden:

„Sie können ihr/ihm das nicht sagen, weil –?“

Als mögliche Erklärung könnte hier kommen:

„Weil ich immer noch Angst vor ihm habe.“

Und eine Antwort hierauf wäre:

„Nicht vergessen, das ist nicht die Täter*in, sondern nur eine Vorstellung, ein Täter*in-Bild auf Ihrer inneren Bühne, das Sie verinnerlicht haben.“

Von dort wird wieder versucht, Klient*innen auf die primäre Ebene zurückzubringen:

„Also, wenn Sie die Kraft und den Mut hätten, was würden Sie der Täter*in sagen oder mit ihr/ihm machen wollen?“

Die Frage nach der richtigen Formulierung spielt für die Entwicklung des Prozesses eine große Rolle. Die Sensibilität dafür wird auch in der IRRT-Ausbildung und -Supervision trainiert und die Aufmerksamkeit für die richtige Wortwahl geschärft.

Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen, und

für viele ein zu großer und auch überfordernder Schritt sein.

Neben dieser sprachlichen Präzision benötigt es aber auch eine *konzeptuelle Genauigkeit*, d. h. IRRT-Therapeut*innen müssen sich jeweils genau bewusst sein, in welcher Phase des IRRT-Prozesses sich Klient*innen gerade befinden. Dabei gibt es auch unterschiedliche Ebenen zu beachten und zu steuern. Die imaginative Exposition in Phase 1 beinhaltet die *subjektive Erinnerungsebene*, während Phase 2 und 3 sich auf einer *fiktiven Symbolebene* abspielen. Zudem muss den Therapeut*innen zu jedem Zeitpunkt klar sein, ob sie sich in der Imagination auf einer *primären Erlebnisebene* oder einer *sekundären Verarbeitungsebene* befinden. Nach Möglichkeit sollten Klient*innen von der (meist kognitiv geprägten) sekundären Ebene wieder auf die primäre Ebene zurückgeführt werden, denn dort wird das Trauma verarbeitet.

ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN

Indikationen für die IRRT-Methode sind konkrete, belastende Bilder, die im Rahmen von Traumatisierungen oder auch bei Depressionen und Angststörungen auftreten. Das Faszinierende ist, dass die meisten Klient*innen in der Lage sind, die Täter*innen selbst zu entmachten oder zumindest zu neutralisieren.

Kontraindikationen sind psychotische Zustandsbilder, akute Suizidalität, hoch dissoziative Störungen (wenn Klient*innen nicht in der Lage sind, bei einer Imagination zu bleiben wie z. B. bei einer dissoziativen Identitätsstörung/DIS), akute Belastungssituationen wie etwa vor einer großen Prüfung usw.

Es wird in traumatherapeutischen Kreisen kontrovers diskutiert, ob vor einer konfrontativen Traumasitzung erst noch Ressourcenarbeit und Stabilisierungsmethoden angewendet werden müssen.

Schmucker und Köster halten die seelische Stabilität für eine grundlegende Voraussetzung einer Traumakonfrontation: D. h. Klient*innen müssen in der Lage sein, Emotionen, Erinnerungen und Handlungsimpulse wahrzunehmen, auszuhalten und zu regulieren und es muss ihnen auch möglich sein, adäquat auf die Therapeut*in zu reagieren. Letztere müssen ebenfalls die Fähigkeit haben, schmerzliche Bilder auszuhalten, daher ist eine Berufserfahrung von Vorteil.

Schmucker und Köster vertreten allerdings die These, dass PTBS-Klient*innen sowieso von „endogenen Re-

Indikationen für die IRRT-Methode sind konkrete, belastende Bilder, die im Rahmen von Traumatisierungen oder auch bei Depressionen und Angststörungen auftreten. Das Faszinierende ist, dass die meisten Klient*innen in der Lage sind, die Täter*innen selbst zu entmachten oder zumindest zu neutralisieren.

zwar anhand der Frage nach Handlung vs. Handlungswunsch:

„Was wollen Sie jetzt dem Täter sagen oder mit ihm tun?“

Dies ist eine Frage nach dem Handlungswunsch und wird üblicherweise am Beginn einer Täter*in-Konfrontation gestellt.

„Könnten Sie sich vorstellen, das jetzt zu tun?“

Hier handelt es sich um eine Handlungsaufforderung, nachdem dieser Wunsch schon klar formuliert und deutlich ausgedrückt wurde. Gleich zu Beginn einer Konfrontation nach einer Handlung zu fragen, kann

traumatisierungen“ gequält werden und daher eine echte Stabilisierung vor der Traumakonfrontation nicht möglich ist. Ihre inneren Bilder, Intrusionen, Flashbacks und Albträume lassen dies gar nicht zu. Sie betonen, dass diese Klient*innen sich vor diesen Bildern vergeblich durch ein maladaptives Vermeidungsverhalten und Dissoziationen zu schützen versuchen. Als wichtigsten Stabilisierungsfaktor sehen sie die tragfähige therapeutische Vertrauensbeziehung und empfehlen nur bei schwerster Traumatisierung mit ausgeprägten Dissoziationen oder bei realer äußerer Bedrohung eine ausführliche Stabilisierungsphase (vgl. Schmucker & Köster, 2014, S. 39f.).

Ich selbst habe die Erfahrung gemacht, dass traumatisierte Klient*innen, die zu mir gekommen sind, in Vortherapien bereits lange Zeit immer nur an ihrer Stabilisierung und den Ressourcen gearbeitet hatten, jedoch selbst bei langer Behandlungsdauer nie an den Kern ihres Problems geführt wurden. Daher kann ich den Standpunkt von Schmucker/Köster gut nachvollziehen. Meine eigene Beobachtung ist, dass bei einigen Klient*innen die Ressourcenarbeit ausreichend ist, andere jedoch benötigen zudem eine Traumakonfrontation. Die Hauptaufgabe der Therapeut*innen liegt darin, einen Traumatherapieplan zu erstellen und hier individuell zu entscheiden, ob diese Konfrontation notwendig und überhaupt möglich ist (z.B. hochdissoziative Zustände, Abgleiten in Psychose, äußere Belastungsfaktoren, siehe auch oben: Ausschlussgründe IRRT).

Es gibt inzwischen noch drei weitere Anwendungsformen von IRRT: die *Innere-Kind-Arbeit*, *Trauer-Sitzungen* und die *Suchttherapie*.

Die „Innere-Kind-Arbeit“ ist ja in vielen Therapiemethoden bekannt und über Ratgeberbücher fast schon zu populär geworden (in Südfrankreich wurde sogar ein Wein nach *L'enfant perdu* benannt). Was also ist das Spezifische an der Inneren-Kind-Arbeit mittels IRRT?

Es wurde hier – im Rahmen der erwähnten Verfeinerungen der Methode – eine „reine Phase 3“ entwickelt, wobei das Innere Kind zunächst in der Gestalt des *biografischen Kindes* erscheint, sich aber sehr rasch in ein *metaphorisches Kind* verwandelt. Es geht dabei um die Beziehung zu sich selbst und das Innere Kind reagiert darauf, wie man sich selbst behandelt – und nicht, wie frühere Bezugspersonen mit ihm umgegangen sind. Das wirft interessante Aspekte auf, z. B. kann das In-

FALLVIGNETTE EINER IRRT-BEHANDLUNG ZU EINER SPEZIELLEN TRAUMATISCHEN ERINNERUNG:

Gegen Ende ihrer Traumatherapie fragte ich eine 35-jährige mehrfachtraumatisierte Klientin mit zusätzlich einer somatoformen Störung, ob es noch Flashbacks oder belastende Bilder aus der Vergangenheit gebe. Ihr fiel eine schmerzliche Szene dazu ein: Sie hatte die Kindheit in einem Land verbracht, in dem es damals zu Hungerperioden kam. Ihre Mutter schickte sie und die jüngere Schwester regelmäßig zu Verwandten aufs Land, dies in der Hoffnung, dass sie dort ausreichend ernährt werden könnten. Jedoch verweigerte ein psychisch erkrankter, sadistisch veranlagter Onkel den Kindern dort das Essen. Sie durften nur Fallobst aufklauben und bekamen trockenes Brot dazu.

In der belastenden Erinnerungsszene (Phase 1) lacht der Onkel sie aus, weil sie aufgesammelte Zwetschgen mit Brot isst. In Phase 2 der Traumasitzung betritt sie dann diese Situation als erwachsene Frau, die u.a. Kung-fu beherrscht. Sie schlägt den Onkel und fixiert ihn an einer Hauswand, wo sie ihn anherrscht, er dürfe das Kind nicht verletzen. Der Onkel ist überrascht, dass sie als Frau eine derartige Stärke zeigt. Die Klientin sagt ihm, er solle verschwinden, was er auch tut (Täterentmachtung). In der folgenden Phase 3 der Selbsttröstung wendet sie sich ihrem ehemaligen Kind zu, das die ganze Szene mitbekommen hat. Die heutige Erwachsene sagt dabei zu der Kleinen, sie wisse, was sie durchgemacht habe und verspricht ihr, immer bei ihr zu sein und sie (sich selbst) zu schützen.

nere Kind „zigtausend Meter entfernt“ sein, wobei wir dann schon nachfragen: „Wie können Sie den Abstand zu dem Kind verringern?“ Das innere Kind kann das heutige Ich bisweilen ablehnen, wenn z.B. selbstschädigendes Verhalten vorliegt, auch im weiteren Sinne wie etwa bei Essstörungen. Manchmal erscheint es auch gar nicht als hilfloses, verletzliches Wesen, sondern kann sich dem heutigen Ich als starkes Ressourcen-Kind präsentieren, das auf das Ich zukommt und mit ihm in eine gute Verbindung tritt. Insbesondere für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (und hier vor allem bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen) sehe ich das als eine sehr starke Therapietechnik, wobei ich solche reinen IRRT 3-Sitzungen für gewöhnlich wiederholt anwende und dann oft schöne Fortschritte erziele.

Fallvignette: So war ein Klient, der einen derartigen Hass auf sein Inneres Kind hatte, dass er es in der ersten IRRT 3-Sitzung sogar tödlich angreifen wollte, am Ende der Imagination ganz stolz darauf, dieses so zu hassen und abzulehnen. In mehreren derartigen Sitzungen konnte er die Beziehung zu sich selbst und seinem Inneren Kind so verbessern, dass er auch auf symbolischer Ebene wirklich gut mit sich umgehen lernte.

Schmucker und Köster entwarfen auch eine spezielle Anwendung von IRRT zur *Behandlung von Trauerstörungen*, deren Bedeutung ja als Forschungsdiagnose im DSM V sichtbar wird und die auch in den ICD 11 Eingang gefunden haben. Dabei wird je nach Beschaffenheit des Trauerfalls die Situation des Todes oder des Davon-Erfahrens erzählt oder im Rahmen einer Imagination als Exposition erlebt, um dann als aktuelles bzw. als fusioniertes Ich dem verstorbenen Menschen an einem bestimmten Ort fiktiv wiederzubegegnen und mit ihm in einen Dialog zu treten. Wichtig ist, dass es die Begegnung mit dem Verstorbenen ist und nicht eine biografische Erinnerung, damit der Verarbeitungsprozess in Gang kommen kann. So können unerledigte Dinge bearbeitet und letztlich der Tod akzeptiert werden. Dies ist auch mit Tieren oder verlorenen Körperorganen möglich, nicht aber mit der Trauer um unkonkrete Situationen wie z.B. verpasste Lebenschancen.

Fallvignette: So beklagte eine 32-jährige schwer an Mammakarzinom erkrankte Klientin in einer Trauersitzung den Verlust ihrer beiden Brüste, wobei in der Imagination neben diesen auch die Krebsknoten in der hauptbetroffenen Brust auftauchten und sie mit den verlorenen Brüsten wie auch mit den Knoten in Dialog trat. Diese Trauerimagination war der letzte Schritt, der zur Akzeptanz ihrer Erkrankung führte – sie wurde zu einer der führenden Frauen der Europa-Donna-Bewegung mit einem metastasierenden Brustkrebs und ist heute leider bereits verstorben. Sie war in der Bewältigung ihrer Erkrankung ein Vorbild für viele Betroffene.

Köster und sein Team entwickelten in der Schweiz die vierte Methode, nämlich die *Rückfallbearbeitung/Emotionsregulation*. Sie eignet sich insbesondere zur Behandlung von Rezidiven bei suchterkrankten Menschen. In einem Vorgespräch werden die letzten bzw. wichtigen Rückfallsituationen thematisiert und in einer Imagination bis kurz vor dem Zeitpunkt des Konsums wiedererlebt; auch hier wird daraufhin das heutige Ich eingeführt, das dann mit dem Süchtigen in Dialog tritt. Diese Methode befindet sich gerade in der Entwicklung, aber ich habe sie schon einmal bei einem Anästhesiepfleger angewendet, der während seiner beruflichen Tätigkeit diverse Medikamente (darunter Tranquilizer) missbrauchte und eine hohe Motivation hatte, diesen Konsum zu beenden.

BEI WEITEREM INTERESSE...

Im Rahmen dieses kurzen Artikels konnte ich naturgemäß nur einen groben Überblick über die Geschichte, die Anwendungsgebiete und einzelne technische Aspekte der IRRT-Methode geben. Wer sich näher mit

den Einzelheiten beschäftigen möchte, kann zum einen auf die Literaturliste zurückgreifen, zum anderen gibt es die Möglichkeit, Grundlagen und Anwendung von IRRT im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen mit Mervyn Schmucker zu erlernen. Diese finden ab dem Frühjahr 2021 in Wien statt.

Erlernbar ist die Methode in einem Basis-Seminar und zwei Aufbauseminaren, außerdem gibt es spezielle Themenseminare zur Trauerbewältigung und zur Arbeit mit dem Inneren Kind. Für Zertifizierungen werden zusätzliche Supervisionen benötigt.

LITERATUR

- Schmucker, M. & Köster, R. (2014): Praxishandbuch IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer. Stuttgart: Klett-Cotta, 4. Auflage 2019.
- Köster, R. & Schmucker, M. (2016): IRRT zur Behandlung anhaltender Trauer. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmucker, M. & Köster, R. (2019): »... und wie reagiert das Kind?« Diagnostik und Heilung durch Innere-Kind-Arbeit in der IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy). Stuttgart: Klett-Cotta.

IRRT-FORTBILDUNGEN IN WIEN

- Basis-Seminar IRRT-I: 12. 2. – 14. 2. 2021
 Aufbauseminar IRRT-II: 26. 3. – 28. 3. 2021
 Aufbauseminar IRRT-III: 1. 7. – 3. 7. 2021
 Ort: IRRT-Institut Wien, 1210, Brünner Str. 13
 Anmeldung: <http://irrt.at>