



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

In der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) wurde die in der Psychotherapie sehr populär gewordene Arbeit mit dem Inneren Kind zu einem differenzierten Konzept entwickelt, ursprünglich entstanden aus der dritten Phase einer Traumakonfrontation im IRRT-Ansatz. Als eigenständige Intervention zeigt die Begegnung zwischen »Aktuellem Ich« und »Metaphorischem Inneren Kind« eine treffsichere Abbildung des Verhältnisses der Patienten zu sich selbst mit einem weiten diagnostischen und therapeutischen Indikationsspektrum. Das Buch erläutert präzise das Konzept und zeigt anhand vieler ausführlicher Falldarstellungen das konkrete Vorgehen auch in problematischen Konstellationen.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Mervyn Schmucker
Rolf Köster

»... und wie reagiert das KIND?«

Diagnostik und Heilung durch
Innere-Kind-Arbeit in der IRRT
(Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy)

Klett-Cotta



Die digitalen Zusatzmaterialien zu diesem Buch (Anhang A, C) haben wir Ihnen zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM89256**

So gelangen Sie zur Download-Seite, auf der Sie die Materialien herunterladen können.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Jutta Herden, Stuttgart, unter Verwendung einer

Abbildung von © TADDEUS/Adobe Stock

Gesetzt aus der Minion von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-89256-7

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

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

Inhalt

Vorwort	11
Danksagungen	13
1 Einleitung	14
1.1 Die Geburt des inneren Kindes in der Psychotherapiegeschichte	15
1.1.1 Das innere Kind in der Ratgeberliteratur	16
1.1.2 Das innere Kind in der psychotherapeutischen Fachliteratur ..	18
1.1.3 Das Selbst, das Ich und das innere Kind	22
2 Die Entdeckung des INNEREN KINDES in der IRRT: vom Zufallsbefund zum Kernbestandteil	27
2.1 Der erste Imagery-Rescripting-Fall (1990)	27
2.2 Weitere klinische Experimente und Beobachtungen bei Patienten mit Kindheitstraumata	29
2.3 Die Entstehung der drei Imagery-Rescripting-Phasen	30
2.4 Die Entwicklung der <i>reinen Phase 3</i> als Fokus auf das INNERE KIND ..	31
2.5 Der Umgang mit dem Hass auf das INNERE KIND	31
2.5.1 Mein Damaskuserlebnis	32
3 Die »klassische« dreiphasige IRRT-Sitzung – eine Zusammenfassung	34
3.1 Grundprinzipien und therapeutische Haltung	34
3.1.1 Imagination	35
3.1.2 Sokratische Haltung des Therapeuten	35
3.1.3 Arbeit mit verschiedenen Persönlichkeitsanteilen	35
3.1.4 Sprachliche Genauigkeit	36
3.1.5 Konzeptuelle Genauigkeit	38
3.2 Der konkrete Ablauf einer dreiphasigen IRRT-Sitzung	40
3.2.1 Phase 1 a und 1 b (Wiedererleben)	40
3.2.2 Phase 2 (Täterkonfrontation und -entmachtung)	41
3.2.3 Phase 3 (Interaktion AKTUELLES ICH – KIND)	43
3.2.4 Nachbesprechung	44
3.2.5 Nachbehandlung	46
3.3 Die therapeutische Beziehung	46

4	Das INNERE KIND aus Sicht der IRRT	47
4.1	Der Begriff »inneres Kind«	47
4.2	Das Konzept »inneres Kind«	48
4.2.1	Spuren der Verletzungen: Das BIOGRAPHISCHE INNERE KIND	49
4.2.2	Quelle der Lebenskraft und das Selbst als Gegenüber: Das METAPHORISCHE INNERE KIND	49
4.2.3	Das METAPHORISCHE INNERE KIND als »Assistent« des Therapeuten	51
4.2.4	Die Weisheit des INNEREN KINDES	52
4.2.5	Die ontogenetische Entwicklung des INNEREN KINDES	52
4.2.6	Metamorphosen des INNEREN KINDES während der Imagination	55
5	Die reine Phase-3-Sitzung in der IRRT – Prinzipien, Ziele, Indikationsstellung, Anwendungsgebiete	57
5.1	Prinzipien des IRRT-Phase-3-Modells	57
5.1.1	Die Bedingungen der Einleitung einer reinen Phase-3- Sitzung	58
5.1.2	Interaktion nur zwischen AKTUELLEM ICH und METAPHORISCHEM KIND	58
5.1.3	Rollen und Aufgaben des AKTUELLEN ICHS und des KINDES ..	59
5.2	Ziele der Phase-3-Arbeit	59
5.2.1	Prozessziele	60
5.2.2	Ergebnisziele	61
5.2.3	Diagnostische Ziele	62
5.3	Anwendungsgebiete	63
5.3.1	Bedingungen, unter denen IRRT-Phase-3-Sitzungen durchgeführt werden können	63
5.3.2	IRRT-Phase-3 als diagnostische Intervention	67
5.3.3	IRRT-Phase-3 als therapeutische Intervention	68
5.3.4	Erklärungsmodell zum Einsatz reiner IRRT-Phase-3- Sitzungen bei Folgen belastender Kindheitserlebnisse	69
5.3.5	Negative Selbstschemata und deren Folgeerscheinungen	73
5.3.6	IRRT-Phase-3-Sitzungen bei akuter Suizidalität	74
5.3.7	INNERE-KIND-Arbeit außerhalb der IRRT-Sitzung	77
6	Die konkrete Durchführung einer reinen IRRT-Phase-3-Sitzung	79
6.1	Vorbereitung	79
6.1.1	Vorstellung der INNEREN-KIND-Arbeit	79
6.1.2	Vorstellung der IRRT-Phase-3	80

6.2	Die Einleitung und Durchführung der Phase-3-Sitzung	81
6.2.1	Die sechs Abschlussfragen der Phase 3	83
6.3	Die Nachbesprechung	85
6.3.1	Allgemeine Bemerkungen	85
6.3.2	Der konkrete Ablauf der Nachbesprechung	85
6.3.3	Hausaufgaben	90
6.4	Nachbehandlung	91
6.5	Exkurs: Das Minenfeld für IRRT-Therapeuten: die Fallen	92
6.5.1	Die Bedürfnisfälle	93
6.5.2	Die Beschützerfälle	94
6.5.3	Die Enthusiasmusfälle	94
6.5.4	Die Faszinationsfälle	95
6.5.5	Die Coachingfälle	95
6.5.6	Die Varianten der Vermeidungsfälle	96
7	Unterschiedliche Verläufe reiner IRRT-Phase-3-Sitzungen und der therapeutische Umgang damit	97
7.1	Positive Interaktionen zwischen AKTUELLEM ICH und KIND	97
7.1.1	Empathie und Versöhnung	97
7.1.2	Informationsbrücke, Übernahme von Verantwortung, Zuständigkeit und Unterstützung	98
7.2	Negative Interaktionen, Komplikationen und Blockaden zwischen AKTUELLEM ICH und KIND	98
7.2.1	Vermeidung von Empathie	99
7.2.2	Vermeidung von Zuständigkeit und Verantwortung	107
7.2.3	Evidente negative Selbstschemata	109
8	Fallbeispiele	112
8.1	Fallbeispiel Marsha (M. S.)	114
8.2	Fallbeispiel Francine (M. S.)	140
8.3	Fallbeispiel Jeffrey (R. K.)	158
8.4	Fallbeispiel Edna (M. S.)	173
8.5	Fallbeispiel Luise (R. K.)	205
8.6	Fallbeispiel Hilde (M. S.)	223
8.7	Fallbeispiel Sigmund (M. S.)	247
8.8	Fallbeispiel Carl Gustav (J. W.)	273
8.9	Fallbeispiel Alfred (M. S.)	282
8.10	Fallbeispiel Melanie (P. H.)	328
8.11	Fallbeispiel Karen (R. K.)	338

8.12 Fallbeispiel Anna (I. R.-T.)	353
8.13 Fallbeispiel Frieda (S. K.)	370
Nachwort von Andreas Leiteritz	407
Nachwort von Andreas Wahl-Kordon	408
Anhang A – Post-IRRT-Fragebogen nach einer reinen Phase-3-Sitzung (PIF-P3)	409
Anhang B – Vermeidungen von Psychotherapeuten	411
Anhang C – Merkkarten IRRT-INNERE-KIND-Arbeit	413
Literatur	417
Die Autoren	420

Vorwort

»Haben Sie schon einmal etwas von INNERER-KIND-Arbeit gehört? ... Man könnte sagen, jeder von uns hat immer noch ein KIND in sich. Wir waren alle mal Kinder, und etwas davon bleibt auch als Erwachsenen in uns. Wie wir uns als Erwachsene fühlen, hat viel damit zu tun, wie wir mit unserem INNEREN KIND umgehen.« So wird in der IRRT die Arbeit mit dem INNEREN KIND vorgestellt und eingeführt. So einfach klingt das, und so einfach sollte es auch beim Patienten ankommen: als etwas, das ich mir zutrauen kann, auch wenn ich krank und durch meine Beschwerden und Symptome stark eingeschränkt bin. Als etwas, das mir helfen könnte, einen Zugang zu einem bisher vielleicht ein wenig verborgenen oder verschütteten Anteil meiner selbst zu finden. Und als etwas, das mir zunächst einmal unmittelbar einleuchtet, eben weil wir alle einmal Kinder waren und sicher auch Erinnerungen an diese Zeit haben. Ich sage »zunächst«, weil die Geschichte dann doch nicht ganz so einfach ist: Die Arbeit mit dem INNEREN KIND erfordert seitens des Therapeuten viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl, und sie verlangt dem Patienten einiges an Mut ab, an Bereitschaft, sich zu öffnen und den therapeutisch angeleiteten Prozess geschehen zu lassen.

Die Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) wurde ursprünglich zur Behandlung von Traumafolgestörungen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung, entwickelt. Sie hat sich jedoch in den letzten Jahren zu einem breit anwendbaren Therapieansatz gemausert. So wird die IRRT heute bei anhaltenden Trauerstörungen, Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, Störungen der Emotionsregulation und vielen anderen psychischen Problemen erfolgreich eingesetzt. Die Arbeit mit Menschen, die in ihrer Kindheit komplexe, sequenzielle Traumatisierungen erlebt haben, bleibt allerdings ein zentrales Anwendungsgebiet für die IRRT und damit auch für die Arbeit mit dem INNEREN KIND. Im ICD-11, dem diagnostischen Klassifikationssystem der WHO, wird neu die Entität der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung eingeführt. Es ist zu erwarten, dass diese Neuerung in den kommenden Jahren auch die Entwicklung spezifischer Therapieansätze und -techniken nach sich ziehen wird. Hier scheint mir der IRRT-Ansatz der Arbeit mit dem INNEREN KIND in einer sehr guten Ausgangslage zu sein.

Dieses Buch vermittelt nicht nur die Technik der Arbeit mit dem INNEREN KIND. Wie auch schon in den beiden vorangehenden Büchern *Praxishandbuch IRRT* (2014, 4. Aufl. 2019) und *IRRT zur Behandlung anhaltender Trauer* (2016) werden auch die Grundprinzipien und die therapeutische Haltung in der IRRT auf überzeugende Art

dargestellt. Beispielsweise wird (bescheidenerweise nur in einer Fußnote im Kapitel 6.5.1) klargemacht, was die IRRT unter »inhaltlicher Neutralität« versteht: »Ein IRRT-Therapeut ist idealerweise sehr mitfühlend, unterstützend und teilnehmend, er schreibt dem Patienten aber nichts vor, sondern begleitet ihn nondirektiv, wertfrei und validierend durch den Prozess hindurch.« Hier manifestiert sich ein wichtiges IRRT-Element, nämlich die »sokratische«, d.h. inhaltlich grundsätzlich offene und fragende, Haltung des IRRT-Therapeuten.

Was mir besonders gut gefällt an diesem Buch, ist zum einen die wohltuend klare und überzeugende sprachliche Ausformulierung des gesamten Textes: ein schönes Beispiel dafür, dass Fachbücher nicht unbedingt kompliziert und ermüdend, sondern wirklich auch ein Lesevergnügen sein können! Dann: Die Autoren nehmen sich viel Zeit und Raum, um darzustellen, wie mit schwierigen, konflikthafter therapeutischen Herausforderungen umgegangen werden kann. Die Untertitel Emotionsphobie, Räumliche Distanz, Zukunftstabus oder Das KIND im Nebel erfassen prägnant einige der häufigsten Probleme, mit denen nicht nur IRRT-Anfänger, sondern auch erfahrene Therapeuten im klinischen Alltag immer wieder konfrontiert sind. Und schließlich: Zwei Drittel des Buches sind der ausführlichen Beschreibung von insgesamt 13 Fallbeispielen gewidmet. Diese Transkripte von realen Therapiesitzungen stehen und sprechen für sich und helfen dem Leser, einen Eindruck davon zu gewinnen, wie die Arbeit mit dem INNEREN KIND ganz konkret durchgeführt wird und welche Stolpersteine sich dem Therapeuten dabei in den Weg legen oder ihn vielleicht sogar zu Fall bringen können. Besonders wertvoll finde ich die Kommentare zum therapeutischen Prozess, welche von den Autoren an den »neuralgischen Punkten« eingefügt wurden.

Lässt sich die Arbeit mit dem INNEREN KIND in anderen als unserer »westlichen«, durch ein hohes Maß an Individualismus geprägten Kultur ebenfalls anwenden? Zum Beispiel in Japan, in einer eher kollektivistischen Kultur, in der es zudem im Vergleich zum deutschsprachigen Raum viel weniger üblich ist, Emotionen zu zeigen? Ich weiß es natürlich nicht, und ich gehe davon aus, dass es momentan noch nicht viel Erfahrung hinsichtlich der Arbeit mit dem INNEREN KIND in unterschiedlichen Kulturen gibt. Ich fände es aber sehr spannend, dieser Frage der transkulturellen Anwendung und der damit verbundenen Herausforderungen mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden, mit qualitativen und quantitativen Ansätzen der Psychotherapieforschung nachzugehen.

Nun wünsche ich diesem schönen Buch von Herzen eine große Leserschaft und den Erfolg, den es verdient!

*Ulrich Schnyder**

* Prof. em. Dr. med. Ulrich Schnyder, ehem. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsspital Zürich und Ordinarius für Poliklinische Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Zürich, ehem. Präsident der European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), der International Federation for Psychotherapy (IFP) und der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), ulrich.schnyder@access.uzh.ch

Danksagungen

Als Erstes gebührt unser Dank allen Patienten, welche uns erlaubten, ihre innere seelische Landschaft zu sehen und uns entdecken ließen, wie die Begegnung zwischen AKTUELLEM ICH und METAPHORISCHEM KIND eine treffsichere Abbildung des Verhältnisses zu sich selbst darstellt.

Ein ganz besonderer Dank geht an Ines Riedeburg-Tröscher und Silvia Köster, die sich die Zeit und Mühe genommen haben, uns zahlreiche Stunden konstruktiver Theorie- und Falldiskussionen zu schenken, was die weitere Entwicklung und Verfeinerung des Konzepts des INNEREN KINDES bereichert hat.

Ohne den ständigen Austausch mit Fachleuten, Kollegen¹, Freunden, Supervisanden und vor allem auch Patienten hätte dieses Buch nie entstehen können. Namentlich möchten wir den folgenden Personen für ihre Rückmeldungen, Anregungen und kritischen Anmerkungen danken (in alphabetischer Reihenfolge): Martin Fleckenstein, Schirin Garkisch, Petra Hartmann, Susanne Heering, Ralph Kaiser, Beate Lehmann, Andreas Leiteritz, Andreas Linde, Kathrin Pflugmacher, Corinne Picard, Susanne Reuter, Rahel Rodenkirch, Patricia Rusche, Peter Streb, Andreas Wahl-Kordon, Jörg Wanner, Barbara Zimmermann. Ein herzlicher Dank gilt auch Annett Hage und Petra Hartmann, die uns mit dem Erstellen von Sitzungs-Transkripten eine wichtige Hilfe waren.

Ein besonderer Dank gilt unseren Kolleginnen Petra Hartmann für das *Fallbeispiel Melanie*, Silvia Köster für das *Fallbeispiel Frieda*, Ines Riedeburg-Tröscher für das *Fallbeispiel Anna* und dem Kollegen Jörg Wanner für das *Fallbeispiel Carl Gustav*.

Und nicht zuletzt geht ein ganz großes Dankeschön wiederum an Frau Dr. Christine Tremml vom Klett-Cotta Verlag für die wie immer ermutigende, engagierte, kompetente und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

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

1 Einleitung

In unseren ersten beiden Büchern zur Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) betonten wir bereits die Bedeutung und das große psychotherapeutische Potenzial der dritten IRRT-Phase und der Arbeit mit dem INNEREN KIND. Wir sprachen zunächst noch vom KIND² oder KIND-ICH (Schmucker & Köster 2019, Köster & Schmucker 2016). Aber uns wurde auch durch viele Hinweise aus Therapeutenkreisen deutlich, dass es einer umfassenderen Darstellung bedurfte, in der noch viel ausführlicher auf die Besonderheiten der dritten IRRT-Phase eingegangen wird. Im vorliegenden Buch haben wir diesen Versuch unternommen.

Wir widmen uns in diesem ersten Kapitel zunächst der Rolle der Inneren-Kind-Arbeit in der Psychotherapiegeschichte. Im zweiten Kapitel folgt eine zusammenfassende Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der IRRT in den letzten drei Jahrzehnten unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit mit dem INNEREN KIND. Anschließend beschreiben wir im dritten Kapitel die Durchführung der klassischen dreiphasigen IRRT, um auch denjenigen Lesern die nötigen Grundlagen zum Verständnis der therapeutischen Technik zu vermitteln, die sich noch nicht mit der IRRT befasst haben. Das vierte Kapitel ist dem Konzept des INNEREN KINDES in der IRRT gewidmet, da sich dieses von anderen heute üblichen Konzepten der Inneren-Kind-Arbeit in verschiedenen Aspekten unterscheidet, bevor dann im fünften Kapitel auf die Grundlagen und Prinzipien und im sechsten Kapitel auf die genaue »Technik«, d. h. auf die konkrete Durchführung der reinen Phase-3-Arbeit in der IRRT, eingegangen wird. Im Kapitel sieben werden die unterschiedlichen Verläufe einer IRRT-Phase-3-Sitzung beschrieben. Dabei wird das ganze Spektrum von positiven Interaktionen zwischen AKTUELLEM ICH und KIND (z. B. Empathie, Versöhnung) bis zu negativen Varianten (z. B. Empathieblockaden, Vermeidung, Hass) sowie der therapeutische Umgang damit dargestellt.

Den Abschluss und auch den größten Umfang dieses Buches bilden wieder konkrete Fallbeispiele mit ausführlichen Sitzungstranskripten im achten Kapitel. Dieses Konzept hat sich in unseren bisherigen Büchern zur IRRT sehr bewährt, weil sich die Umsetzung der Theorie in die psychotherapeutische Praxis oft schwieriger gestaltet als zunächst gedacht. Diese Transkripte liefern vielfältiges und umfassendes Anschauungsmaterial für Psychotherapeuten, die sich der IRRT widmen möchten.

² Die IRRT-spezifischen Begriffe KIND, KIND-ICH, INNERES KIND, AKTUELLES bzw. HEUTIGES ICH, DAMALIGES ICH, INNERE und ÄUSSERE BÜHNE werden in Kapitälchen geschrieben, um sie von anderen Konzepten abzuheben und deren Bedeutung hervorzuheben.

Für interessierte, gebildete Laien eröffnet sich in den Falldarstellungen anschaulich eine reiche Welt berührender psychotherapeutischer Prozesse, und es kann im Nachvollziehen dieser Abläufe ein tieferes allgemeines Verständnis für das seelische Empfinden und Verhalten des Menschen entstehen.

Im Anhang A ist der Post-Imaginationsfragebogen nach IRRT-Phase-3-Sitzungen abgedruckt, Anhang B stellt eine Auflistung typischer Vermeidungshaltungen von Psychotherapeuten dar. Im Anhang C stellen wir wieder IRRT-Merkkarten zur Verfügung, die den Therapeuten vor allem am Anfang eine Hilfe sein können.

Wenn wir in diesem Buch auf das Verhältnis des Menschen zu seinem inneren Kind und damit zu sich selbst fokussieren, möchten wir nicht in dem Sinn missverstanden werden, dass es in der Psychotherapie darum gehe, lediglich das Verhältnis zu sich selbst zu klären, womit dann die wesentlichen Probleme gelöst seien. Es geht nicht darum, eine selbstversunkene, narzisstische Omphaloskopie (Nabelschau) zu betreiben, sondern es geht selbstverständlich auch um das Verhältnis des Menschen zu seiner belebten und nicht belebten Umwelt, in erster Linie zu seinen Mitmenschen. Mit der Bearbeitung der Beziehung des Individuums zu sich selbst steht ein therapeutischer Ansatz zur Verfügung, der die Bearbeitung der Beziehung des Einzelnen zum Mitmenschen und zur Welt erheblich erleichtern kann. Eine gute Selbstanbindung erleichtert eine Anbindung an die Welt.

1.1 Die Geburt des inneren Kindes in der Psychotherapiegeschichte

Etwa seit den Achtzigerjahren des vorigen Jahrhunderts erfreut sich der Begriff »inneres Kind« zunehmender Beliebtheit und Popularität. Der erste moderne Autor dieser Bewegung war John Bradshaw (*Das Kind in uns*, 1992), der sich vor allem auch als eine Art charismatischer Fernsehprediger in den USA hervortat. Er beschrieb seine Beobachtungen als Familientherapeut, der seine Klienten in Workshops seit 1983 dazu anhielt, mit ihrem inneren Kind in Kontakt zu treten. Seine zusammengefassten Erfahrungen formuliert er folgendermaßen:

Seitdem ist meine Faszination für die heilende Kraft des Kindes in uns immer größer geworden. Drei Dinge fallen bei der Arbeit mit dem inneren Kind besonders auf: die Schnelligkeit, mit der die Leute sich verändern, wenn sie diese Arbeit tun; wie tief greifend diese Veränderung ist und welche Kraft und Kreativität freigesetzt werden, wenn die Wunden der Vergangenheit geheilt sind. (Bradshaw 1992, S. 11)

Diesem Eindruck können wir uns als IRRT-Therapeuten, die sich ebenfalls seit vielen Jahren der Arbeit mit dem INNEREN KIND widmen, anschließen. Es ist eigent-

lich merkwürdig, dass die Kraft und Intensität dieser Art der psychotherapeutischen Arbeit erst so spät erkannt wurden, obwohl sie ja keine wirkliche Neuschöpfung darstellt, sondern eigentlich nur einen inneren Prozess abbildet, der in den Menschen bereits angelegt zu sein scheint.

Bereits fünfundzwanzig Jahre vor Bradshaw hatte der amerikanische Psychiater Hugh Missildine den Begriff *Your inner child of the past* geprägt (Missildine 1963). Er beließ es in seinem Buch neben Erziehungsratschlägen und ausführlichen Darstellungen verschiedener Charakterprobleme als Folgen erzieherischer Fehlhaltungen aber dabei, an die Anstrengung des Lesers zu appellieren, die Gefühle des inneren Kindes wahrzunehmen, zu respektieren und zu akzeptieren, ohne genauer zu entwickeln, wie dieser Prozess vonstattengehen könnte. Das Buch war vorübergehend ein Bestseller und wurde sogar auf Deutsch übersetzt und liegt seit Kurzem auch als E-Book vor.

1.1.1 Das innere Kind in der Ratgeberliteratur

In der breiteren Öffentlichkeit machte sich die Innere-Kind-Arbeit zunächst vor allem in der populärwissenschaftlichen und Ratgeber-Literatur bemerkbar. Im Selbsthilfereich sind (auf Deutsch, z. T. Übersetzungen) z. B. zu erwähnen: Erika Chopich und Margaret Paul: *Aussöhnung mit dem inneren Kind* (1990), immer noch ein Bestseller; Gabriela Bunz-Schlösser: *Hand in Hand mit dem inneren Kind* (2003); Thich Nhat Hanh: *Versöhnung mit dem inneren Kind* (2011); Stefanie Stahl: *Das Kind in dir muss Heimat finden* (2015), ein aktueller Bestseller bei den Ratgeberbüchern. Das Übereinstimmende bei all diesen Lebenshilfe-Büchern besteht in den vielfältigen, durchaus kreativen Ratschlägen an die Leser, wie sie sich ihrem inneren Kind zuwenden sollen, was sie ihm alles an Gutem zukommen lassen sollen und was ihnen dieses Vorgehen dann an Zuwachs von Wohlgefühl, Lebensfreude und innerer Stabilität verspricht.

Ein allgemeiner Konsens besteht in der Erkenntnis, dass das innere Kind zwei Seiten hat: eine negative (Leiden, Schmerzen, Einsamkeit, Verlassenheit, Wut, Bedrohlichkeit) und eine positive (Kreativität, Glück, Liebe, Geborgenheit). Stahl (2015) spricht von einem *Schattenkind* und einem *Sonnenkind*. Grundsätzlich kann postuliert werden, dass Menschen, deren inneres Kind von ihnen abgetrennt ist, die keine Verbindung zu ihm etablieren können, weniger glücklich und ausgeglichen sind als Menschen, die eine innige Beziehung zu ihrem inneren Kind haben und diesem Zuwendung, Interesse und Empathie entgegenbringen können.

Allerdings stellen sich spätestens dann erste Zweifel an diesem »Hype« ein, wenn man bemerkt, dass die Ausbreitung des »inneren Kindes« fast inflationär zu beobachten ist, mehr den Gesetzen des Marktes als denen der Vernunft unterworfen zu sein scheint und die verschiedenen Ratgeber im Inhalt doch sehr redundant scheinen. Eine kurze Recherche bei Amazon.de (September 2018) mit dem Stichwort

Inneres Kind liefert nur schon in den Titeln der Bücher und CDs die folgenden Vorschläge und Anweisungen, wie man sich seinem inneren Kind gegenüber verhalten solle (die Liste ist nicht vollständig):

Man solle das innere Kind ...

suchen, es besuchen, zu ihm reisen, ihm begegnen, es entdecken, es finden, es erwecken, es lieben, sich mit ihm auf den Weg machen, es befreien, es heilen, sich mit ihm versöhnen, sich mit ihm aussöhnen, es retten, es erlösen, es an die Hand nehmen, mit ihm sprechen, im Einklang mit ihm sein, mit ihm Frieden finden, ihm Raum geben, mit ihm arbeiten, es umarmen, mit ihm verschmelzen, es annehmen, es wertschätzen, es integrieren, es verwandeln, es harmonisieren, sich an es erinnern.

Der Eindruck, dass »[...] immer auch eine leichte Irritation und ein gewisses Misstrauen gegenüber der allzu raschen Bemächtigung und Nutzfarmachung des Inneren Kindes [verbleiben]« (Bolle 2012, S. 7), wird durch die ausgiebige Durchsicht der Ratgeber-Literatur zu diesem Thema bestätigt.

Weiter sprechen uns Herbold und Sachsse aus der Seele, wenn sie in ihrer Einleitung zu ihrem psychotherapeutischen Fachbuch *Das so genannte Innere Kind* formulieren:

Das Verrückte an den Märkten der Selbstheilung ist, dass es ihnen gelingt, Menschen dazu zu bringen, Geld für etwas zu zahlen, das sie als Fähigkeit bereits besitzen, selbst offenbar aber nicht mit genügend Signifikanz besetzen, um es wirksam werden zu lassen (Herbold & Sachsse 2012, S. 1 f.).

Schließlich muss festgehalten werden, dass viele Menschen die wohlgemeinten Ratsschläge der Selbsthilfeleratur schlicht nicht befolgen können. Wenn unüberwindbare Blockaden im Sinne negative Selbstschemata (z. B. Selbsthass, Selbstverachtung, massive Selbstkritik), d. h. negative Einstellungen zu sich selbst (und damit zum inneren Kind), bestehen, können diese die möglichen positiven Impulse komplett überlagern, blockieren oder gar auslöschen. Das heißt, gerade die Menschen, die die Hilfe am meisten benötigen würden, werden durch die Ratgeberliteratur zu diesem Thema nicht erreicht.

Anekdotisch sei erwähnt, dass das innere Kind sogar seinen Weg ins Genuss-Marketing gefunden hat. Im Languedoc/Südfrankreich wird ein (hervorragender) Rotwein mit dem Namen *l'enfant perdu* (das verlorene Kind) hergestellt, der mit folgendem Etikettenaufdruck versehen ist:

Nous nous sentons vides à l'intérieur. Certes, nous sommes là, mais nous ne prenons pas vraiment part à la vie. Nous avons le sentiment de vivre dans l'irréalité. Ce sentiment est dû à l'enfant perdu qui sommeille en nous, cette perte nous éloigne de notre identité. Pourtant, la survie de notre planète réside

dans le fait de comprendre et de savoir que nous formons un tout. Nous pouvons retrouver ce sentiment d'unité avec tout ce qui vit seulement lorsque nous le ressentons nous-mêmes.

Wir fühlen uns leer im Innern. Wir sind zwar da, aber wir nehmen nicht wirklich am Leben teil, sodass wir das Gefühl haben, in einer Unwirklichkeit zu leben. Der Grund dafür ist das verlorene Kind in uns, welches dazu führt, dass wir uns von unserer Identität entfernen. Das Überleben unseres Planeten hängt jedoch davon ab, ob wir verstehen und wissen, dass wir eins sind mit allem. Dieses Gefühl der Einheit mit allem, was lebt, können wir nur wiederfinden, wenn wir uns selbst als eine Einheit erleben. (Übers. d. Autoren)

1.1.2 Das innere Kind in der psychotherapeutischen Fachliteratur

Beim Versuch, die historischen Wurzeln des Konzepts des inneren Kindes in der Fachliteratur und den verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen zu identifizieren, stößt man zunächst auf Freud (1938), der mit dem *Es* seines Drei-Instanzen-Modells eine Kategorie schuf, der etwas Ähnliches wie ein inneres Kind zugeordnet werden könnte. Nur entsprach das Freud'sche *Es* nicht dem subjektiven Erleben des Patienten, sondern stellte ein abstraktes Konzept dar. Zudem gab es bei Freud nicht den direkten Dialog z. B. zwischen *Ich* und *Es* als therapeutische Intervention.

Einige Autoren führen ihre Innere-Kind-Arbeit in ihren konzeptionellen Wurzeln auf C. G. Jung zurück. Bolle (2012) gibt einen guten Überblick und legt einen Schwerpunkt auf die Kontinuität der Entwicklungen über die Jahrzehnte und die Anregungen und bereichernden Wechselwirkungen der verschiedenen Strömungen. Jung beschrieb bereits früh den *aktiven Dialog* zwischen dem bewussten Ich und den frühen seelischen Wirklichkeiten bzw. den inneren Symbolgestalten (*Aktive Imagination*). Er betonte dabei deren Ambivalenz als Spannungsfeld z. B. zwischen *kindlich* (ursprüngliche Kreativität und Lebendigkeit) und *kindisch* (regrediert auf infantile, unreife Verhaltensweisen). Das Konzept des inneren Kindes, wie es heute oft verwendet wird, kam aber auch im Diskurs in der Analytischen Psychologie erst Ende der Siebzigerjahre des letzten Jahrhunderts auf. Bolle hebt hervor, dass es bereits in den frühen tiefenpsychologischen Schriften verschiedener Autoren um einen *Dialog*, d. h. um ein Zwiegespräch, ging:

Insofern war es aus psychoanalytischer Sicht immer naheliegend, den Dialog zwischen der bewussten Einstellung der Ich-Persönlichkeit und den inneren Bildern, wie sie in Träumen, Fantasien, Imaginationen und Gestaltungen deutlich werden können, zu fördern und zu differenzieren. (Bolle 2012, S. 9)

In der Transaktionsanalyse von Berne (1961) kommt das »Kind-Ich« (in Abgrenzung vom »Eltern-Ich« und vom »Erwachsenen-Ich«) schon eher dem subjektiven Erleben nahe, aber die Kommunikation unter den verschiedenen Instanzen erfolgt lediglich im Zwischenmenschlichen, sie findet *interpersonell* (z.B. zwischen Mutter und Sohn) und nicht *intrapersonell* (z.B. zwischen AKTUELLEM ICH und INNEREM KIND) statt. In seiner *Regressionsanalyse* spricht Berne als Therapeut wie ein anderes Kind mit dem Kind des Patienten, aber ebenfalls nur auf der zwischenmenschlichen Ebene.

Die Neopsychoanalytiker (hier seien v.a. Horney, Fromm, Fromm-Reichmann, Schultz-Henke und Sullivan genannt), also die vor allem auch auf aktuelle soziale Beziehungen und kulturelle Aspekte fokussierenden Nachfolger der orthodoxen psychoanalytischen Urväter, experimentierten in vielfältiger Weise damit, die psychoanalytische Technik auszuweiten. In Bezug auf unser Thema ist besonders Erika Fromm (1965, 1970) zu erwähnen, die in ihrer hypnotischen *age regression* den Therapeuten mit dem *Kind* (d.h. mit einem kindlichen Anteil) des Patienten sprechen lässt, dabei aber vor allem auf die Herausarbeitung und Intensivierung von Kindheitserinnerungen fokussiert und weniger auf die Beziehung des Patienten als aktuelles Ich zum Kind.

Seit den Fünfziger- und Sechzigerjahren des 20. Jahrhunderts entstanden an vielen Orten, vor allem in den USA, kreative, manchmal sogar eher rebellische psychotherapeutische Entwicklungen und Bewegungen, die sich dem sich vielerorts dogmatisch gebärdenden psychoanalytischen Mainstream zu widersetzen suchten. Exemplarisch seien hier Exponenten der Gestalttherapie (Perls et al. 1951) genannt. Perls selbst, ursprünglich Psychoanalytiker, veranlasste den Patienten, als Kind (aber auch als eine andere Form des Selbst, als Körperteil, als Symptom oder als Gefühl) mit dem Therapeuten zu sprechen, wobei für ihn oft das *Ausagieren* im Zentrum stand. Er entwickelte auch die Stuhltechnik, bei der die Patientin wechselweise die Rollen des aktuellen Ichs und eines Gegenübers, das durchaus auch ein inneres Kind sein kann, einnimmt und einen Dialog auf zwei Stühlen vollzieht, wobei sie sich beim Rollenwechsel jeweils auf den anderen Stuhl setzt.

Herbold & Sachsse (2012) nennen Finney (1969) als ersten Psychotherapeuten, der eine Innere-Kind-Arbeit im engeren Sinn durchgeführt habe (*Little Child Talk*). In Finneys Methode spricht der Therapeut mit dem Kind und nicht das aktuelle Ich des Patienten selbst. Noch früher veröffentlichte Shapiro (1962) seine *Ego Therapy*, in der ebenfalls der Therapeut mit verschiedenen »Kind-Selbst« (*child selves*) in einer Art Familientherapie spricht. Zum Teil interagieren die verschiedenen Selbstanteile auch untereinander, in der Gegenwart und nicht im Sinn einer Reaktivierung der Vergangenheit, aber es sind ihnen immer bestimmte Rollen zugeordnet (z.B. Erwachsenen-Selbst, Eltern-Selbst).

Zwei Auffälligkeiten zeigen sich auch schon bei diesen ersten Ansätzen der »modernen« Arbeit mit dem inneren Kind: Erstens gebe es viele innere Kinder,

nicht nur eins; zweitens ist es immer der Therapeut, der mit dem inneren Kind spricht, nicht das aktuelle Ich des Patienten selbst.

Zur Vielzahl der inneren Kinder: Wenn sich z. B. ein imaginiertes inneres Kind trotzig zeigt, gibt es dieses trotzige innere Kind. Zeigt sich das innere Kind spielerisch-albern, wird das als eine weitere Version des inneren Kindes ausgelegt, damit sind es bereits zwei innere Kinder, die auf der inneren Bühne auftreten können. Und diese Reihe ließe sich beliebig fortsetzen, sodass es letztendlich sehr zahlreiche innere Kinder geben könne. Aus Sicht der IRRT wird dem entgegengesetzt, dass es nur *ein* inneres Kind gibt, welches allerdings sehr verschiedene Gefühle, Haltungen, Altersstufen und äußere Erscheinungsbilder aufweisen kann (s. Kap. 4.2.5). Diese Unterscheidung ist nicht banal. Wenn man mit vielen inneren Kindern arbeitet, könnte vor lauter Vielfalt das Empfinden der Einheit der Person erschüttert oder sogar fragmentiert werden, ein nicht zu unterschätzendes Risiko. Im harmloseren Fall hieße das lediglich, dass das therapeutische Potenzial der Inneren-Kind-Arbeit nicht genügend ausgeschöpft werden kann. Eine unübersichtliche Vielfalt innerer Kinder könnte aber auch gravierendere Verwirrtheit beim betroffenen Patienten auslösen. Im schlimmsten Fall wären Verunsicherungen oder gar Verwirrungen hinsichtlich der eigenen Identität zu befürchten. Jemand, der sich in einem Moment in einem Wutanfall austobt, in einem anderen Moment aber liebevoll-empathisches Verhalten zeigt, kann wie ein anderer Mensch wirken. Aber es ist derselbe Mensch, einfach in verschiedenen *Gefühlszuständen*. Die Innere-Kind-Arbeit in der IRRT mit nur *einem* inneren Kind, das zahlreiche verschiedene Gefühlszustände aufweisen kann, entspricht unserer Erfahrung nach mehr dem spontanen inneren Erleben unserer Patienten, was aus unserer Sicht das Hauptargument zugunsten dieses Modells darstellt.

Zur Ansprache des inneren Kindes durch den Therapeuten: Es fällt schon bei den frühen Ansätzen der Inneren-Kind-Arbeit auf, dass der Therapeut den Patienten nicht zu einem direkten inneren Dialog mit seinem inneren Kind anleitet, sondern dass der Therapeut selbst mit dem inneren Kind des Patienten in Kontakt tritt. Dies wirft folgende Fragen auf: Trauten diese Kollegen ihren Patienten die eigene Kontaktaufnahme mit dem inneren Kind nicht zu? Wäre damit das therapeutische Geschehen zu sehr der Kontrolle des Patienten übergeben worden? Wurde das Selbstheilungspotenzial des Innere-Kind-Ansatzes so sehr unterschätzt? Interessanterweise wurde unseres Wissens dieser Aspekt in den Veröffentlichungen nicht diskutiert, obwohl z. B. Perls in seiner Stuhlarbeit sehr wohl die direkte imaginative Interaktion zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen empfahl und durchführte, wenn auch z. T. recht direktiv, indem er dem Patienten vorschrieb, was er dem Kind sagen solle. In der IRRT lässt die Therapeutin den Patienten selbst als AKTUELLES ICH mit seinem INNEREN KIND in Beziehung treten, ohne inhaltliche Vorgaben. Der Grund liegt einerseits darin, dass beim direkten Kontakt des AKTUELLEN ICHS mit seinem INNEREN KIND die intensivste emotionale Reaktion auftritt,

womit das Selbstheilungspotenzial des Patienten am wirksamsten aktiviert und somit ein maladaptives Selbst-Schema am wirkungsvollsten bearbeitet werden kann. Andererseits ist es das AKTUELLE ICH, welches die ganze Verantwortung für sein Verhältnis zum INNEREN KIND, also zu sich selbst, trägt. Salopp gesagt: *Das AKTUELLE ICH hat sich die Suppe eingebrockt, es muss sie auch auslöffeln.*

In den letzten Jahren entwickelten neben der IRRT auch andere Therapieansätze eine Art der Inneren-Kind-Arbeit, allerdings mit etwas anderen Konzepten und Vorgehensweisen (z.B. PITT [Reddemann 2004, 2017], Schematherapie [Roediger 2009, Young et al. 2005], Ego-States-Therapie [Peichl 2015]). Die Prinzipien einer bestimmten Therapiemethode sollten am klarsten aus dem konkreten Ablauf der entsprechenden Therapiesitzungen hervorgehen können. Insofern würden sich am besten Audio- bzw. Videoaufnahmen von Therapiesitzungen zur Analyse eignen. Stellvertretend sind auch wörtliche Sitzungsprotokolle (Transkripte) geeignet, wenn auch nicht mit der Detailtreue, die Video- oder Audioaufnahmen ermöglichen. In Transkripten können viele nonverbale Signale, Wechsel in Tonlage, Sprechtempo, Pausen etc. nur unzureichend wiedergegeben werden. Leider ist der Abdruck von Transkripten (v.a. kompletter Therapiesitzungen) heute nicht sehr üblich, sodass für viele der heute verbreiteten Methoden – gerade in der Inneren-Kind-Arbeit – höchstens kurze Ausschnitte vorliegen, die keine tiefer gehende Analyse der Technik gestatten.

Die schwedische Psychotherapeutin Cullberg Weston (2011) beschreibt in ihrem Buch *Auf der Suche nach dem inneren Kind – Wege zu mehr Selbstachtung* die Innere-Kind-Arbeit aus der Sicht der Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Einige ihrer Erkenntnisse decken sich zwar mit unseren Ergebnissen, ihre therapeutische Technik unterscheidet sich aber (anhand ihrer Beschreibungen – Transkripte liegen leider nicht vor) in vielen Aspekten von der IRRT: Sie arbeitet mit zahlreichen inneren Persönlichkeitsanteilen und inneren Kindern mit unterschiedlichen Identitäten; sie selbst als Therapeutin gibt viele Aufgaben, Einstiegsbilder und Interpretationen vor; sie steigt selbst als positives Rollenmodell aktiv in die Imagination ein; sie unterscheidet nicht zwischen biographischem und metaphorischem inneren Kind, und sie geht in den Konfrontationen mit Elternbildern nicht auf deren Reaktionen auf die Aktionen des aktuellen Ichs ein.

In die wissenschaftliche Forschung hat es die Innere-Kind-Arbeit noch nicht ganz geschafft. Zwar gibt es einige Untersuchungen zu Therapiemethoden, die sich unter anderem auch damit beschäftigen, aber gezielte und systematische Studien zur Inneren-Kind-Arbeit selbst liegen nach unserem derzeitigen Wissensstand noch nicht vor.

1.1.3 Das Selbst, das Ich und das innere Kind

In der psychotherapeutischen Arbeit mit dem inneren Kind tritt der Mensch auf eine ganz bestimmte Art zu sich selbst in Beziehung. Es konstituiert sich dabei ein ganz spezifisches Selbstverhältnis. Wie können wir dieses »selbst« – oder substantiviert das »Selbst« – genauer verstehen? Ohne umfassend auf diese komplexe Fragestellung eingehen zu können, seien hier einige Gedanken zur Thematik angeführt.

Eine Voraussetzung zum Verständnis ist sicher, dass der Mensch sich seiner selbst bewusst sein muss, damit er zu seinem »Selbst« in Beziehung treten kann. Sowohl philosophisch als auch psychologisch können wir heute weiterhin davon ausgehen, dass das Phänomen des Bewusstseins, und damit auch des Selbstbewusstseins, noch nicht wirklich umfassend verstanden worden ist³. Es gibt viele ungeklärte Fragen und Widersprüche zwischen einzelnen Erklärungsansätzen, und der Untersuchungsgegenstand an sich ist auch nicht so einfach zugänglich. Gopnik (2015) veranschaulicht dies mit der Metapher, Bewusstsein sei *»kein transparenter und klarer kartesischer Strom, sondern ein turbulentes und schlammiges Durcheinander«*.

Nichtsdestotrotz können einige Überlegungen zu dieser Thematik vielleicht hilfreich sein, wenn wir die Vorgänge, die wir in unserer psychotherapeutischen Arbeit mit dem inneren Kind beobachten, besser verstehen wollen.

Schon Bemerkungen einer Mutter zu ihrem Kind wie: »Du kannst stolz auf dich sein!«, »Schau dich mal an, wie du aussiehst!« oder »Reiß dich zusammen!« lassen die Frage aufkommen, wer denn da auf wen stolz sein, wer da wen anschauen oder wer da wen zusammenreißen soll. Oder betrachten wir den erwachsenen Menschen, der sich die Frage stellt, ob er sich selbst eher gernhat oder eher ablehnt. Wer oder was in dieser Beziehung zu sich selbst ist denn eigentlich Subjekt und wer ist Objekt? Sind Subjekt und Objekt identisch? Wie ist dann eine Trennung bzw. Aufteilung möglich? Sind Subjekt und Objekt voneinander verschieden? Wie steht es dann um die Identität, um die Einheit der Person? (Oder, etwas salopp-populär mit Precht [2012] formuliert: *»Wer bin ich – und wenn ja, wie viele?«*)

Zur Entstehung des Selbstbewusstseins

Im Folgenden werden die für unsere Arbeit wichtigen Grundüberlegungen und -erkenntnisse zum Thema des Menschen und seines Verhältnisses zu sich selbst dargestellt, wobei es immer wieder Berührungen mit philosophischen Fragestellungen

³ Zwar sind verschiedene Wissenschaftler schon mit dem Projekt beschäftigt, »selbstbewusste« und damit menschenähnliche Computer auf der Basis rückbezüglicher Schaltkreise zu programmieren (siehe z. B. Metzinger 2014), aber ob die Resultate die Ansprüche dieser Forscher erfüllen werden können, wird weitgehend bezweifelt, z. T. auch grundsätzlich infrage gestellt (Kaeser 2015).

geben wird. Wie bereits erwähnt, ist eine der Voraussetzungen für die Arbeit mit dem Selbst ein *Selbstbewusstsein*, also ein Bewusstsein dafür, dass ich selbst als Individuum existiere. Damit ist auch ein *Selbstgefühl* verbunden, d. h., dieses Selbstbewusstsein hat noch eine weitergehende, emotional und vor allem auch körperlich verankerte Komponente als reines »Wissen«. Die individuelle Entwicklung dieses Selbstbewusstseins beim Menschen verstand Descartes noch so, dass diese eigenständig passiere und das entwickelte Selbst dann zu anderen Selbsten bzw. Individuen in Beziehung trete (Taylor 2017). Heute geht man – vor allem aufgrund der Resultate der Bindungsforschung – davon aus, dass das soziale Miteinander, das Zwischenmenschliche, den Ursprung und nicht nur die Folge der Selbstentwicklung darstellt und überhaupt die Grundlage für die Entwicklung des Selbst bildet. Dabei spielt die Fähigkeit des Menschen zur Sprache als in zwischenmenschlichen Beziehungen zu entfaltender Anlage eine entscheidende Rolle.

In der Ontogenese (individuellen Entwicklung) entsteht das Selbstbewusstsein des Menschen dadurch, dass das Kind zusammen mit einem signifikanten Anderen (z. B. der Mutter) eine gemeinsame Aufmerksamkeit auf verschiedene Objekte entwickelt. Diese gemeinsame Aufmerksamkeit ist Ausdruck des Bindungsbedürfnisses des Kindes und wird zunächst durch Berührung, Geräusche, Mimik und Gestik, später auch durch die Sprache etabliert. Am Anfang steht also das *Wir* im Zentrum, aus dem sich mit der Zeit erst die Erkenntnis des Kindes entwickelt, dass es eine eigene Sicht der Dinge besitzt, die sich mit der Sicht des Anderen decken, sich aber auch davon unterscheiden kann, sodass es auch ein *Ich* und ein *Du* gibt. Und im weiteren Verlauf kann das Kind dann autobiographische Erinnerungen, ein Bewusstsein für die Zeit, Vergangenheit und Zukunft und damit auch für die Planung seiner Aktivitäten entwickeln. Taylor (2017) fasst es folgendermaßen zusammen:

[...] autobiographische Erinnerungen, Exekutivkontrolle, eine alleinige Zeitschiene, an die ich mich erinnern und über die ich in der Vergangenheitsform berichten kann, die meinem Leben überdies eine gewisse Zukunftsorientierung gibt – genau dies sind die ausschlaggebenden Elemente dessen, was wir normalerweise unter ›Selbst‹ verstehen. (S.130)

Auch wenn im Laufe der individuellen Entwicklung ab dem Alter von ca. zwei Jahren dieses Selbst im Sinne einer Selbst-Repräsentanz beginnt, einigermaßen stabile Eigenschaften aufzuweisen, handelt es sich bei diesem Selbst nicht um ein statisches »Etwas«, sondern um einen dynamischen Prozess. Anders formuliert: Wir (re)konstruieren unser Selbst bzw. Eigenschaften unseres Selbst (und damit auch unsere Identität) immer wieder von Neuem. Dabei kommen aufgrund der komplexen Interaktion zwischen Wissen und neuen Erlebnissen Lernprozesse zur Entfaltung, die größtenteils unbewusst vonstattengehen und sich fortwährend mit der Struktur unserer bewussten Erfahrungen vermischen. Gopnik (2015) formuliert dies wie folgt:

»Wenn wir unsere Denkweise verändern, dann verändern wir auch den Eindruck, den wir von unserem Denken haben. Wenn unser Wissen sich ändert, dann ändert sich auch unsere Erfahrung.« (Gopnik 2015, S.92 f.)

Im Grunde genommen setzt sich der hier beschriebene Prozess der ontogenetischen Entstehung des Selbst auch später im Leben in allen möglichen Lernprozessen fort und spielt vor allem bei psychotherapeutischen Lernprozessen eine entscheidende Rolle.

Abschließend sei noch erwähnt, dass wir in diesem Prozess der individuellen Entwicklung des Selbst immer in einem Spannungsfeld zwischen Zugehörigkeit und Distanzierung stehen. Es geht also nicht nur um die Frage *Wer oder was bin ich?*, sondern auch um die Frage *Wer oder was bin ich nicht?* Diese Abgrenzungen erfolgen einerseits vom Anderen (dem anderen Mitmenschen), andererseits auch vom (eigenen) Körper (Küchenhoff 2009, Ricœur 1996).

Mentalisierung und Empathie

Wesentlich im Zusammenhang mit der Entwicklung des Selbst ist die Entwicklung einer *Theory of Mind*: Kinder entdecken etwa ab dem zweiten Lebensjahr, dass zwischen Wünschen und Überzeugungen, Emotionen und Handlungen (Kausal-)Beziehungen bestehen, und sie merken, dass Menschen sich darin unterscheiden. Sie lernen, Wünsche, Absichten und Gefühle eines anderen zu erraten, so die Perspektive eines anderen einzunehmen und dessen Handlungen auch vorherzusagen. Gleichzeitig gewinnen sie immer mehr Einsichten in die eigenen psychischen Befindlichkeiten und Prozesse, und sie lernen, eigene Denk- und Gefühlszustände zu äußern, darüber nachzudenken sowie sich mit anderen darüber auszutauschen. Diese Fähigkeit, seelische Prozesse, d. h. vor allem Abläufe des Denkens und Fühlens bei Anderen, aber auch bei sich selbst bewusst wahrzunehmen, in Worte und in eine Theorie zu kleiden, wird heute nach Fonagy *Mentalisieren* genannt (Allen et al. 2008). Kinder lernen das Mentalisieren am besten, wenn ihre Bezugspersonen

»[...] sensibel auf ihre mentalen Zustände und insbesondere auf ihre Emotionen eingehen. Kinder lernen zu mentalisieren, indem sie mentalisiert werden, das heißt, indem andere Menschen ihre Gefühle und Gedanken mitfühlend bedenken. In emotional kalten Beziehungen kann das Mentalisieren nicht gedeihen. Es entwickelt sich vielmehr in vertrauensvollen und als sicher empfundenen Beziehungen – in sicheren Bindungsbeziehungen.« (Allen et al. 2008, S.397)

Eine wichtige Rolle spielt dabei die (gemeinsame) Sprache. Beim Mentalisieren, bei der Empathie wie bei der Sprache handelt es sich um Anlagen, die beim Einzelnen

entfaltet, gefördert und von ihm auch gelebt werden müssen, um das hohe Niveau dieser (mitmenschlichen) Fähigkeiten zu erreichen und aufrechtzuerhalten, das wir üblicherweise bei reifen Individuen im Erwachsenenalter vorfinden. Dieser Lernprozess ist allerdings nie abgeschlossen, sondern läuft lebenslang weiter und trägt – besonders auch in psychotherapeutischen Prozessen – wesentlich zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit bei.

Wenn *Mentalisieren* eher auf das kognitive Nachvollziehen und Verstehen eines seelischen Vorgangs bei anderen oder bei einem selbst fokussiert, kann *Empathie* insofern davon abgegrenzt werden, als hier der Fokus auf dem angemessenen Nachempfinden der Gefühle einer anderen Person liegt, woraufhin auch eine emotionale Reaktion beim mitfühlenden Individuum ausgelöst wird. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur Hinweise darauf, dass sich Autisten und Psychopaths darin unterscheiden: Autisten mangelt es an Fähigkeit zum Mentalisieren, aber nicht zwangsläufig an Empathie, Psychopaths können mentalisieren, aber es mangelt ihnen an Fähigkeit zur Empathie (Singer 2009).

Wie das Selbst sich selbst erlebt

Auf der Basis des bisher Dargelegten können wir uns jetzt zwei theoretischen Grundkonzepten der IRRT zuwenden, der inneren Bühne und der Aufteilung in Persönlichkeitsanteile.

Alles, was uns im Leben widerfährt, besonders die vielfältigen inneren und äußeren Konflikte, die unser Alltagsleben prägen, bilden sich in unserem Seelenleben auf unserer **inneren Bühne** ab; so könnte man diesen fiktiven Ort des seelischen Geschehens als Metapher bezeichnen. Auf dieser inneren Bühne (re)inszenieren wir früher Erlebtes, auf ihr inszenieren wir Zukünftiges, Gewünschtes wie Gefürchtetes, und das aktuell in der Gegenwart Erlebte bildet sich sozusagen parallel auf unserer inneren Bühne ab. Dieses Inszenieren, Reinszenieren oder Abbilden ist allerdings nicht unbedingt realitätsgetreu, sondern kann durch verschiedene Filter verzerrt werden. Alles, was wir erleben, erlebt haben und möglicherweise erleben werden, können wir auf unserer inneren Bühne ablaufen lassen, teils bewusst, teils unbewusst, teils gewollt, und teils läuft es auch ungewollt ab, automatisch. Die Akteure bzw. Protagonisten auf der inneren Bühne sind die Menschen, mit denen wir es zu tun hatten, haben oder auch haben werden. Der wichtigste Akteur sind wir selbst, ist unser Selbst oder unser Ich, je nach Zeitverhältnis unser aktuelles Ich, ein damaliges Ich oder ein zukünftiges Ich. Außerdem haben wir unterschiedliche Möglichkeiten, das Geschehen auf der inneren Bühne zu betrachten: So können wir die Perspektive verändern, die Dinge z.B. aus der Sicht der verschiedenen Akteure betrachten oder aus unserer eigenen Sicht im Sinne eines Beobachters, der gar nicht selbst auf der Bühne agiert. Wir können das gesamte Geschehen aus mehr oder weniger Distanz betrachten, wobei die räumliche Distanz in der Regel ein Maß für

die emotionale Distanz ist. Wir können auch eine selektive Distanz zu nur einzelnen Aspekten des Erlebens etablieren, indem wir z. B. gewisse Aspekte mehr oder weniger ausblenden, beispielsweise unsere eigenen Emotionen als aktuelles Ich in einer Szene. Wir können außerdem zwischen zwei grundsätzlichen Modi unterscheiden: Dem Modus, der abbildet, wie etwas »tatsächlich« war oder ist (bezogen auf das subjektive Erleben von Vergangenheit oder Gegenwart), und dem Modus, der in freier Gestaltung verschiedene Möglichkeiten durchspielt (bezogen auf Vergangenheit oder Zukunft).

Aktuelles Ich und inneres Kind

Wenn wir in der IRRT (wie andere Therapieformen, die mit verschiedenen Persönlichkeitsanteilen arbeiten) von einem Ich-Anteil, z. B. einem AKTUELLEN ICH, sprechen, bedeutet dies das Gleiche wie ein *aktuelles Selbst*. Die diesbezügliche Nomenklatur verschiedener psychotherapeutischer Schulen ist uneinheitlich, und z. T. entsteht etwas Verwirrung durch die verschiedene Wahl der Begriffe (Ich, Selbst, Ego; noch komplexer im Einbezug anderer Sprachen, z. B. Me, I, Self; Je, Moi, M^{ème}, Soi). Wichtig ist, dass wir in der IRRT mit dem AKTUELLEN ICH das subjektiv empfundene momentane Ich mit seinen Wahrnehmungen, Gefühlen und Gedanken meinen, welches sein Empfinden aus der Erste-Person-Perspektive schildert. Und wenn dieses AKTUELLE ICH mit dem INNEREN KIND in Beziehung tritt, handelt es sich bei diesem INNEREN KIND um eine Hilfskonstruktion, die ebenfalls einen Anteil des Ichs darstellt, der aber nicht deckungsgleich mit dem AKTUELLEN ICH ist, sondern andere, insbesondere unbewusste, Aspekte des Ichs repräsentiert. Diese imaginierte Begegnung zwischen AKTUELLEM ICH und INNEREM KIND bildet das Verhältnis des Individuums zu sich selbst verlässlich ab, ist aber nicht identisch damit. Eindeutig festzustellen ist, dass dieser Ansatz der symbolischen Begegnung mit dem INNEREN KIND – auf dem Teil der INNEREN BÜHNE, der als *primäre Erlebnisebene* bezeichnet wird – einfacher, tiefer, deutlicher, substanzieller und konstruktiver abläuft als eine tatsächliche oder imaginierte Begegnung mit seinem Spiegelbild (z. B. beim tatsächlichen Blick in einen Spiegel oder bei der imaginierten Vorstellung eines Blicks in einen Spiegel).

2 Die Entdeckung des INNEREN KINDES in der IRRT: vom Zufallsbefund zum Kernbestandteil

Schmuckers persönliche Entdeckungsgeschichte der IRRT ermöglicht den besten Zugang zum Verständnis der Eigenheiten der heute aktuellen therapeutischen »Technik«. Diese persönliche Geschichte liefert auch wichtige Hintergrundinformationen, vor allem zum Stellenwert der Inneren-Kind-Arbeit innerhalb der IRRT. Deshalb wird sie der systematischen Darstellung der IRRT und der Eigenschaften des INNEREN KINDES vorangestellt.

»Meine (M.S.) ersten klinischen Experimente mit *imagery modification* begannen in der Zeit, als ich mehrere Jahre an der University of Pennsylvania, School of Medicine, mit A. T. Beck arbeitete. Dort führte ich erstmals Therapiesitzungen mit Patienten in der Imagination durch und konzeptualisierte diese imaginative Arbeit im Rahmen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schule. Beck betonte damals bereits, dass belastende Kognitionen sowohl mit Gedanken als auch mit inneren Bildern zusammenhängen (Beck et al. 1985). Wenn belastende innere Bilder den Kern einer Störung darstellen, müssten diese belastenden Bilder (bzw. »visuellen Kognitionen«, wie er sie nannte) aktiviert und modifiziert werden, um die Störung heilen zu können. Vor dem Hintergrund des damaligen Zeitgeistes und Therapieverständnisses entstanden in meiner Zeit bei Beck in Philadelphia die konkreten Grundlagen und ersten Ansätze der IRRT (in den 90er-Jahren hieß es noch *Imagery Rescripting*). Diese Erfahrungen führten im Laufe der Jahre dazu, den IRRT-Prozess zu »entdecken« und zu entwickeln, zu beschreiben und weiter zu verfeinern. In der späteren Zusammenarbeit mit R. Köster wurde das IRRT-Modell weiterentwickelt, noch viel genauer, breiter und tiefer erfasst und beschrieben und das Indikationsspektrum erheblich erweitert.

2.1 Der erste Imagery-Rescripting-Fall (1990)

Eine meiner ersten Trauma-Patientinnen, mit der ich auf der imaginativen Ebene arbeitete, war die 40-jährige Mary. Sie habe über 20 Jahre lang, nach einer Vergewaltigung, unter häufigen Albträumen (2–3 Mal wöchentlich) gelitten, wobei sie nach jedem Albtraum das Gefühl empfunden habe, wieder vergewaltigt worden zu sein. Und dies, obwohl der Täter schon mehr als 15 Jahre tot gewesen sei. Der Zuweisende hatte sie für eine einzige kognitive Sitzung zu mir geschickt (für Krankenkassen-

patienten in den USA nicht unüblich), was mich unter einen gewissen, eigentlich unrealistischen Erfolgsdruck setzte. Zu Beginn der Sitzung fragte ich Mary, ob sie in der Lage sei, eine Imaginationsarbeit mit dem Albtraum zu machen, womit sie sofort einverstanden war. Zuerst erlebte Mary mit geschlossenen Augen den Beginn des Albtraums wieder und lieferte laut eine detaillierte Beschreibung. Als sie anfang, die Vergewaltigungsszene des Albtraumes zu beschreiben, fragte ich sie, wie sie an dieser Stelle gern anders reagieren würde, wenn sie könnte. Sie stellte sich sofort vor, den Täter fest zwischen die Beine zu treten, woraufhin er zusammenbrach und schmerzgepeinigt am Boden lag. Es war für Mary »ein Moment der Stärke«, als sie ihm in diesem Bild zum ersten Mal seit über 20 Jahren überlegen war. Als der Albtraum in der folgenden Nacht wieder auftauchte, habe sie den Täter im Traum auf ähnliche Art und Weise entmachtet. Ich hatte keine weiteren Termine mit Mary vereinbart, blieb jedoch telefonisch mit ihr eine Zeit lang in Kontakt und bekam von ihr bestätigt, dass nach dieser Sitzung ihre Albträume dauerhaft verschwunden waren⁴.

Ich war von Ehrfurcht ergriffen bezüglich Marys dramatischer Heilung. Diese Sitzung war für mich ein Wendepunkt in meiner Arbeit als Therapeut. Als Wissenschaftler war es für mich eine enorme Herausforderung, Marys Heilungsprozess zu verstehen, zu erklären und zu kommunizieren – und dann etwas Wertvolles und »Wissenschaftliches« daraus zu machen. Jahrzehntelang habe ich mich mit Marys Heilungsprozess auseinandergesetzt und vor allem mit den Fragen, die daraus entstanden:

- Wie kann Marys Heilung überhaupt verstanden werden?
- Was ist in dieser einen Imagery-Rescripting-Sitzung auf der INNEREN BÜHNE wirklich passiert?
- Wie war es möglich, dass Mary in der darauffolgenden Nacht ganz allein fähig war, ihre Opferbilder durch Bewältigungsbilder zu ersetzen, indem sie den Täter in ihrem Albtraum ohne fremde Hilfe überwältigen und entmachten konnte?
- Wie kann Marys anschließende »Befreiung« von ihrem über 20 Jahre immer wiederkehrenden Albtraum verstanden und erklärt werden?
- Liegen solche Heilungskräfte im Menschen als angeborene Ressourcen vor, die jedem zugänglich sind?
- Wenn ja, wie kann der Mensch am besten Zugang zu diesen inneren Heilungskräften und Ressourcen finden, diese aktivieren und nutzen?
- Wie sieht dieser Heilungsprozess genau aus und wie kann ich als Therapeut diesen Heilungsprozess verstehen, erklären und adäquat beschreiben, damit andere Therapeuten ähnliche Ergebnisse mit ihren Patienten erreichen können?

⁴ Dieser Absatz wurde adaptiert und übernommen aus: Schmucker & Köster 2019, S. 25.

2.2 Weitere klinische Experimente und Beobachtungen bei Patienten mit Kindheitstraumata

Ermutigt und inspiriert durch Marys dramatische Veränderung begann ich, Imagery-Rescripting-Interventionen bei anderen Missbrauchsoptionen, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) litten, anzuwenden. Dabei handelte es sich vor allem um erwachsene Patienten, die unter sich wiederholenden Flashbacks von Missbrauchserfahrungen aus der Kindheit litten. Mir fiel jedoch sofort auf, dass die Täterkonfrontation und -entmachtung bei kindlichem Missbrauch aufgrund der körperlichen Unterlegenheit des Kindes gegenüber dem erwachsenen Täter schwieriger war, als wenn das Trauma im Erwachsenenalter passiert war. Zudem schienen die Patienten während eines Flashbacks des Traumaereignisses jeweils in den emotionalen Zustand des damals traumatisierten Kindes zurückzufallen, ohne Zugang zu ihren heutigen Kräften und Ressourcen zu haben.

Diese Beobachtung brachte mich auf den Gedanken, dass, wenn der Patient während des Wiedererlebens eines belastenden Ereignisses (Flashback) Zugang zu seinen heutigen Stärken und Ressourcen bekommen könnte, dies ein wichtiger Bestandteil des Heilungsprozesses sein könnte. Das würde wohl, so dachte ich, am ehesten zu erreichen sein, wenn das AKTUELLE ICH die Flashback-Szene betreten würde und den Täter (bzw. das Täterbild) konfrontieren würde. Zahlreiche Experimente mittels Täterkonfrontationen mit dem AKTUELLEN ICH bei Patienten mit Kindheitstrauma erbrachten folgende Beobachtungen:

- Die überwiegende Mehrheit der Missbrauchsoptionen konnte sich mit erstaunlicher Leichtigkeit vorstellen, die Missbrauchsszene als HEUTIGES ICH zusätzlich zu betreten (an der schlimmsten Stelle des Missbrauchs!), den Täter zu konfrontieren und zu entmachten und das KIND aus der Missbrauchsszene zu befreien;
- das AKTUELLE ICH und das TRAUMATISIERTE KIND schienen auf der INNEREN BÜHNE schon längst als Persönlichkeitsanteile existiert zu haben;
- Patienten, die sich zuerst für unfähig fühlten, sich als HEUTIGES ICH vorzustellen, erfolgreich den Täter allein zu konfrontieren und zu entmachten und das KIND aus der Missbrauchsszene zu befreien (ohne Hilfspersonen), konnten diese Fähigkeit nach einigen Imagery-Rescripting-Sitzungen durchaus noch erlangen;
- nachdem die Macht des Täters über das KIND durch das AKTUELLE ICH gebrochen war, entfernte das AKTUELLE ICH üblicherweise das KIND aus der bedrohlichen Szene, schloss die Imagination damit aber nicht ab, sondern kümmerte sich – einem spontanen Bedürfnis folgend – weiterhin um das KIND, um es zu trösten, zu beruhigen und es in vielfältiger Weise zu unterstützen;
- Patienten betonten immer wieder, dass sie diesen Selbsttröstungsteil als einen wichtigen, ja oft sogar entscheidenden Bestandteil des Heilungsprozesses empfanden.

2.3 Die Entstehung der drei Imagery-Rescripting-Phasen

Im Zuge meiner damaligen Zusammenarbeit mit Edna Foa (University of Pennsylvania) kam ich zur folgenden Erkenntnis, die durch zahlreiche bestätigende Rückmeldungen von Patienten bekräftigt wurde: Bevor das AKTUELLE ICH die belastende Szene betritt, sollte der Heilungsprozess mit einer Phase des Wiedererlebens der traumatischen Erinnerung (*Exposition in sensu*) beginnen. In dieser visualisiert und verbalisiert der Patient detailliert seine traumatische Erfahrung. Dies führt dazu, dass

- das ganze ›Traumanetz‹ (assoziierte Kognitionen, belastende Emotionen, Körperempfindungen und Sinnesindrücke) aktiviert wird und die umfassende traumatische Szene mit sämtlichen Aspekten – in Begleitung des Therapeuten – wiedererlebt wird;
- damit die Realität des Traumas vom Patienten und vom Therapeuten (als Zeugen) wahrgenommen und validiert wird;
- sämtliche Belastungsmomente, *Hotspots*, Einflussfaktoren und Interventionsmöglichkeiten identifiziert werden können;
- die Grundlage dafür gelegt werden kann, dass die belastenden Bilder in der Folge aus einer anderen Perspektive konfrontiert, modifiziert, bewältigt und adaptiv bearbeitet werden können.

Durch zahlreiche solcher klinischen Experimente und Beobachtungen mit traumatisierten Patienten in den 1990er-Jahren kam ich zur Einsicht, dass es eine wichtige Aufgabe des Therapeuten ist, den Patienten zu helfen, eine visuelle Struktur auf der INNEREN BÜHNE zu entwerfen. In einem dreiphasigen Ablauf (die Phasenbezeichnungen in den 90er-Jahren sind in Klammern erwähnt) sollte es den Patienten ermöglicht werden, dass

- 1) die ganze belastende Szene in unterstützender Begleitung des Therapeuten visualisiert, verbalisiert und wiedererlebt wird;
(*Phase 1: Exposition in sensu*)
- 2) das AKTUELLE ICH in der damaligen belastenden Situation ›aktiv‹ wird und die belastenden Opferbilder in Bewältigungsbilder dem Täter gegenüber transformiert;
(*Phase 2: Täterkonfrontation und -entmachtung*)
- 3) das KIND Unterstützung, Trost und Beruhigung bekommt.
(*Phase 3: HEUTIGES ICH unterstützt das KIND liebevoll*)

2.4 Die Entwicklung der *reinen Phase 3* als Fokus auf das INNERE KIND

Bei manchen Patienten zeigte es sich, dass es trotz einer erfolgreichen Täterkonfrontation und -entmachtung nicht zur erwarteten bzw. erwünschten Annäherung und Versöhnung mit dem KIND in der dritten Phase kam. Als ich dann in Folgesitzungen damit experimentierte, die *reine dritte Phase* als eigenständige Intervention zur Bearbeitung einer komplexeren Problematik durchzuführen, stellte sich oft der Erfolg doch noch ein. So war die *reine dritte Phase* als eigenständiger Sitzungstyp des *Imagery Rescripting* entstanden.

Ich beobachtete jedoch, wie unterschiedlich die Patienten auf die Aufgabe ›HEUTIGES ICH unterstützt das KIND liebevoll‹ reagierten. Manche Missbrauchsoffer waren fähig, unmittelbar nach der Entmachtung des Täters dem KIND Beistand und liebevolle Unterstützung zu geben. Für andere – v. a. für Patienten, die durch den Missbrauch schwerer verletzt und gestört waren und entsprechend an missbrauchsbezogenen Schemata (z. B. Selbsthass, Selbstverachtung, nicht lebenswert sein) litten – war dieser Selbsttröstungsteil weitaus schwieriger. Häufig wollten sie das KIND beschuldigen, ablehnen, verachten, verletzen oder sogar vernichten.

2.5 Der Umgang mit dem Hass auf das INNERE KIND

Diese ›versöhnungsresistenten‹ Fälle brachten mich in ein Dilemma:

Wie kann ich als Therapeut am besten mit solchen persistierenden Wutgefühlen dem KIND gegenüber umgehen und am effektivsten darauf reagieren, v. a. wenn ich aus Erfahrung weiß, dass es für Patienten viel besser und ›gesünder‹ wäre, dem KIND eine liebevolle Unterstützung zu geben? Soll ich diese Hassgefühle und das entsprechende Verhalten dem KIND gegenüber verbieten und dem Patienten einfach sagen, dass so etwas hier bei dieser Arbeit mit dem KIND nicht gestattet sei bzw. nicht toleriert werde? Schließlich sollte ein Kind niemals so behandelt werden! Oder soll ich zulassen, dass der Patient diese Selbsthassgefühle dem KIND gegenüber auf der INNEREN BÜHNE doch zum Ausdruck bringt im Bewusstsein, dass es sich ja nicht um ein BIOGRAPHISCHES KIND, sondern nur um eine symbolische Repräsentanz im Sinne eines METAPHORISCHEN KINDES handelt?

Zunächst versuchte ich, das Dilemma zu lösen, indem ich meinen Patienten den Hinweis gab, dass es in den Phase-3-Sitzungen um ein ›Adult-Nurturing-Child-Prinzip‹ gehe, also darum, sich darauf zu konzentrieren, als AKTUELLES ICH eine positive Haltung dem KIND gegenüber einzunehmen und sich positiv um das KIND

zu kümmern. Es kam aber immer wieder zu Schwierigkeiten in diesen Sitzungen, v. a. weil sich vorhandene Selbsthasssschemata überhaupt nicht besserten.

2.5.1 Mein Damaskuserlebnis

Einen entscheidenden Impuls vermittelte mir dann eine Borderline-Patientin mit einer PTBS nach einem Missbrauch im Kindesalter, die nach einigen relativ erfolgreichen Täter-Konfrontations-Sitzungen immer nur einen sehr oberflächlichen positiven Kontakt zum KIND entwickeln konnte. Zu Beginn einer weiteren Sitzung, die ich als ›Adult-Nurturing-Child‹-Sitzung anberaumt hatte, beichtete sie, dass sie die positive Haltung dem KIND gegenüber bisher nur gespielt habe, weil es ja offensichtlich in unserer Arbeit ›politisch korrekt‹ sei und von ihr erwartet werde. Eigentlich mache sie das KIND weiterhin für den erlittenen Missbrauch selber verantwortlich, hasse das KIND dafür und wolle es bestrafen und vernichten.

Berührt von ihrer Aufrichtigkeit kam mir blitzartig die Erkenntnis, dass ich ihre tief sitzenden Gefühle zu wenig ernst genommen, sie bagatellisiert und verleugnet hatte, ›weil nicht sein kann, was nicht sein darf‹. Meine eigenen Beschützerinstinkte dem KIND gegenüber hatten mir den Blick getrübt. In dieser Situation hatte ich ein *Damaskuserlebnis* und wandelte mich vom Saulus zum Paulus⁵. Ich merkte, dass ich die negativen Einstellungen des AKTUELLEN ICHS meiner Patientin ihrem INNEREN KIND gegenüber nicht mehr negieren durfte, wenn ich ihr in ihren massiven Selbsthassgefühlen wirklich helfen wollte. D. h., ich musste ihr helfen, diese in einer Konfrontation auf der INNEREN BÜHNE zwischen AKTUELLEM ICH und KIND bearbeiten zu können. Mir kam Jeffrey Young, mein ehemaliger Supervisor bei A. T. Beck, in Erinnerung, der immer wieder betont hatte, Schemata könnten nur bearbeitet werden, wenn sie aktiviert seien (Young 1990). In diesem Fall würde das ja heißen, dass der Hass des AKTUELLEN ICHS dem KIND gegenüber zugelassen werden müsste, sodass das Selbsthassschema aktiviert wäre und damit konfrontiert und bearbeitet werden könnte. Auf der Stelle änderte ich meine Haltung und sagte der Patientin, dass – egal welche Gefühle dem KIND gegenüber bestünden – sie diese in der heutigen Phase-3-Sitzung ungefiltert zum Ausdruck bringen könne.

In der folgenden IRRT-Sitzung gelang es der Patientin dann, das KIND offen mit ihren negativen Gefühlen zu konfrontieren (und mir als ihrem Therapeuten gelang es, das auszuhalten!). Das KIND versteckte sich in einer Ecke auf dem Dachboden, das AKTUELLE ICH stand etwa acht Meter entfernt an der Tür und wollte diese abschließen und das KIND dort lassen, ›bis es stirbt‹. Sie folgte meiner Bitte, ganz nahe zum KIND zu gehen, ihm in die Augen zu sehen und diese Gefühle dem KIND ganz offen zum Ausdruck zu bringen⁶:

⁵ Die Bibel, Apostelgeschichte 9, 3 – 29.

⁶ Gekürzter Ausschnitt aus dem Fallbeispiel Bettina, Schmucker & Köster 2019, S. 210 ff.

P: *›Ich habe es satt, dass du da bist. Ich will nichts mehr von dir hören, und ich will dich auf dem Dachboden einschließen. Und ich möchte einfach, dass du hier oben bleibst, bis du stirbst.‹* (Stimme unbeteiligt und hart)

T: Und wie reagiert das KIND?

P: Das KIND sagt: *›Bitte lass mich hier oben nicht allein!‹*

T: Wie reagieren Sie darauf?

P: *›Ich möchte gar nichts von dir hören, du bist selber schuld ... ich kann einfach nicht zulassen, dass du ein Teil meines Lebens bist, du wirst alles durcheinanderbringen.‹*

T: Schauen Sie dem KIND direkt in die Augen, wenn Sie dies sagen?

P: Ja, aber jetzt fange ich an, mich wegen dem, was ich in den Augen sehe, schlecht zu fühlen ... es leidet!

Damit begann der Durchbruch ihrer Empathieblockade. Sie erkannte, dass sie ihrem METAPHORISCHEN INNEREN KIND etwas Ähnliches angetan hatte wie das, was sie als Kind mit ihrem Vater erlebt hatte. Letztendlich sagte sie dem KIND weinend und tief bewegt:

P: *›Ich fühle mich so schlecht wegen dem, was ich dir angetan habe. Ich habe es nicht verdient, mit dir eine Beziehung zu haben.‹*

T: Wie reagiert das KIND?

P: *›Ich möchte immer noch bei dir sein.‹*

Nach der Überwindung weiterer Hindernisse fragte das AKTUELLE ICH das KIND:

P: *›Wirst du mir verzeihen?‹*

T: Wie reagiert das KIND?

P: Es sagt einfach: *›Ja, ja, ja!‹* und umarmt mich.

T: Und wie reagieren Sie?

P: Ich beginne zu weinen (fängt wieder an zu weinen).

T: Und wie fühlen Sie sich?

P: Weniger zerrissen, mehr ganz.

Diese Sitzung war für die Patientin der entscheidende Wendepunkt in ihrer Therapie. Ihre PTBS-Symptome remittierten weitgehend, ihr selbstverletzendes Verhalten verschwand, und ihre Depression und Suizidalität verringerten sich deutlich. Für mich war damit eine große Erkenntnis gereift: Negative Gefühle zwischen AKTUELLEM ICH und KIND können am besten behandelt werden, wenn sie direkt aktiviert, konfrontiert und in einer offenen Auseinandersetzung ausgetragen und bearbeitet werden. Damit kann dann das echte Mitgefühl, die wirkliche (und nicht gespielte!) Empathie der Patientin ihrem INNEREN KIND gegenüber entstehen, die eine Auflösung der Problematik bewirken kann.«