



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

Leben Lernen

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.

Alle Bücher aus der Reihe ›Leben Lernen‹ finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

ZU DIESEM BUCH

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

Mervyn Schmucker
Rolf Köster

Praxishandbuch IRRT

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

Klett-Cotta



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: OM89326

Klett-Cotta
www.klett-cotta.de
J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart
info@klett-cotta.de

© 2014/2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und
Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten
Cover: Klett-Cotta Design
unter Verwendung eines Fotos von © leonid_tit / iStock by Getty Images
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten
Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg
ISBN 978-3-608-89326-7
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20699-9

Siebte, vollständig überarbeitete Auflage, 2025

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Widmung

M. S.

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

Für **meinen Vater Jonathan**,
dessen tragischer Tod mich früh in meiner Kindheit herausforderte, meine Ressourcen zu entdecken und zu entwickeln, und mich (zwanzig Jahre später) zu unserer »Begegnung« auf der INNEREN BÜHNE führte, eine Begegnung, die mein ganzes Leben änderte und den Grundstein für die spätere Entwicklung der IRRT legte

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

R. K.

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

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

Inhalt

Geleitwort	13
Vorwort zur siebten Auflage	14
Danksagungen	15
1 Einleitung	17
2 Die Entwicklung der Methode – ein Prozess wird entdeckt	19
2.1 Mervyn Schmucker	19
2.2 Rolf Köster	28
3 Grundlagen und Konzepte der IRRT	30
3.1 Kernaspekte der IRRT	30
3.1.1 IRRT als eigenständige Methode	31
3.1.2 IRRT zur Behandlung von PTBS und anderen Störungen	31
3.1.3 Imaginationen zur Aktivierung von Emotionen	31
3.1.4 Sprachliche Genauigkeit	32
3.1.5 Konzeptuelle Genauigkeit	35
3.1.6 Prozessorientierte Haltung	35
3.1.7 Psychische Störung als blockierter natürlicher Verarbeitungsprozess belastender Erlebnisse	36
3.1.8 Vermeidung und maladaptive Kognitionen als zentrale Ursachen gestörter Verarbeitung	36
3.1.9 Schemata als weitere Blockaden der Verarbeitung	37
3.1.10 Exkurs 1: Porges' Polyvagaltheorie	39
3.1.11 Exkurs 2: Stabilisierung, Konfrontation und Retraumatisierung	40
3.2 Der IRRT-Prozess	43
3.2.1 IRRT als Wiedererleben und Um-Schreibung (Rescripting) in einem dreiphasigen Prozess	43
3.2.2 Verschiedene intrapsychische Anteile	44
3.2.3 Abgrenzung von anderen Aufteilungen in verschiedene Persönlichkeitsinstanzen oder Persönlichkeitsanteile	47
3.2.4 Das Tun und das Verstehen	48

3.2.5	Die INNERE BÜHNE als Austragungsort der seelischen Verarbeitung im IRRT-Prozess	48
3.2.6	Die Protagonisten auf der INNEREN BÜHNE	50
3.2.7	Subjektive Erinnerungsebene und fiktive Symbolebene	53
3.2.8	Die Weisheit des Patienten	53
3.2.9	Die Neutralisierung der inneren Zensur im IRRT-Prozess	54
3.2.10	Das FUSIONIERTES ICH als Variante bei Trauerfällen	55
3.2.11	Schlussfolgerungen für den IRRT-Prozess	56
3.3	Die drei Phasen in der IRRT	57
3.3.1	Die Wechselwirkung zwischen INNERER und ÄUSSERER BÜHNE in den 3 Phasen	61
3.4	Eigenschaften der IRRT-Therapeuten	63
3.4.1	Sokratische Haltung	63
3.4.2	Kollaborative Haltung	66
3.4.3	Verständnis für den Prozess und Vertrauen in den Prozess	66
3.4.4	Die Bedeutung der IRRT-Selbsterfahrung	67
3.4.5	Die therapeutische Beziehung	67
3.5	Die Fragen und Aussagen der Therapeuten im IRRT-Prozess	68
3.5.1	Geschlossene und offene Fragen	69
3.5.2	Handlung und Handlungswunsch	70
3.5.3	Wiederholung und Paraphrasierung	70
3.5.4	Indikativ und Konjunktiv	72
3.5.5	Der Wechsel zwischen primärer Erlebnisebene und sekundärer Verarbeitungsebene	73
3.5.6	Frage- und Aussagekategorien	75
4	Anwendungsgebiete und Indikationsstellung	77
4.1	Eingangsdiagnostik	77
4.1.1	Klinisches Interview	77
4.1.2	Diagnostische Instrumente	78
4.2	Indikation zur IRRT-Behandlung	78
4.2.1	Anwendungskriterien	78
4.2.2	Ausschlusskriterien bzw. Kontraindikationen bei einer dreiphasigen Sitzung	80
4.2.3	Ausschlusskriterien bei anderen Indikationen	83
4.2.4	Abbruchkriterien	83
4.2.5	Aufklärung (informed consent)	85

5	Der konkrete Ablauf einer IRRT-Sitzung	86
5.1	Vorbereitung	86
5.1.1	Auswahl der Einstiegsszene	87
5.2	Phase 1 (Exposition <i>in sensu</i> und Wiedererleben)	89
5.3	Phase 2 (Konfrontation des Täters)	92
5.3.1	Mögliche Komplikationen oder Blockaden des Prozesses in Phase 2	96
5.3.2	Entmachtung und Versöhnung	101
5.3.3	Das Einbringen des Therapeuten als Helfer auf die INNERE BÜHNE	102
5.4	Phase 3 (Interaktion HEUTIGES ICH – KIND)	103
5.4.1	Mögliche Komplikationen und Blockaden in Phase 3	107
5.5	Varianten des Phasenablaufs	109
5.5.1	Reine Phase 1a	109
5.5.2	Reine Phase 2 (IRRT-Trauer-Sitzung)	110
5.5.3	Reine Phase 3 (IRRT-Innere-Kind-Sitzung)	110
5.5.4	Phasenablauf 1, 2 (IRRT-Trauer-Sitzung)	111
5.5.5	Phasenablauf 1a, 1b, 3 (wenn kein Täter vorhanden ist)	112
5.5.6	Phasenablauf 1b, 2, 3	112
5.5.7	Phasenablauf 1, 2, 3, 2, 3	113
5.5.8	Phasenablauf 2, 3 (bei IRRT-Trauer-Sitzungen)	113
5.5.9	Phasenablauf 3, 2, 3 oder 3, 1, 2, 3	113
5.6	IRRT als Diagnostikum	114
5.7	Die Nachbesprechung	117
5.8	Die Nachbehandlung	121
5.8.1	Gemeinsames Anschauen/Anhören der IRRT-Aufnahme	121
5.8.2	Fragebögen	124
5.8.3	IRRT als Baustein vs. IRRT als alleiniges Behandlungskonzept	124
6	Empirische Belege und Stand der Forschung	126
6.1	Randomisierte kontrollierte Studie (Vergleich PE+SIT vs. Imagery Rescripting bei chronischer PTBS)	126
6.2	Randomisierte kontrollierte Studie (Vergleich Imaginal Exposure vs. Imaginal Exposure plus Imagery Rescripting bei chronischer PTBS)	128
6.3	Randomisierte kontrollierte Studie (EMDR vs. IRRT bei kriegs- traumatisierten Soldaten)	129
6.4	Randomisierte kontrollierte Studie (Imagery Rescripting vs. EMDR bei Erwachsenen mit PTBS nach Kindheitstraumata)	130

6.5	Naturalistische Studien	130
6.6	Therapiestudien bei Depressionen und Sozialphobien	132
6.7	Experimentelle Studie (Imagery Rescripting als Prophylaxe gegen Intrusionen)	132
6.8	Weitere Studien	133
7	IRRT-Weiterbildungsmöglichkeiten	134
8	Fallbeispiele	138
8.1	Traumafälle	140
	Fallbeispiel 1 Maria <i>Komplexe PTBS – der Klassiker: eine einzige IRRT-Sitzung</i>	140
	Fallbeispiel 2 Marianne <i>Komplexe PTBS – 50 IRRT-Sitzungen über 5 Jahre</i>	157
	Fallbeispiel 3 Bettina <i>Komplexe PTBS – Die Kleine auf dem Dachboden</i>	202
	Fallbeispiel 4 Manuel <i>Die Hand in der Maschine</i>	217
	Fallbeispiel 5 Alex <i>Alex gegen Olli – David gegen Goliath</i>	229
	Fallbeispiel 6 Karin <i>Das Tränenhaus</i>	241
8.2	Nicht-Traumafälle: Angst, Depression, Ohnmacht, Minderwertigkeit	263
	Fallbeispiel 7 Wolfgang <i>Das ist der Hammer: die Mutter im Spiegel</i> ...	263
	Fallbeispiel 8 Béatrice <i>Leukämie hilft gegen Phobie</i>	278
	Fallbeispiel 9 Sabine <i>Hinter dem Gefühl ist ein Gefühl, hinter dem ein Gefühl ist</i>	293
	Fallbeispiel 10 Isabella <i>»Ich bin wieder komplett«</i>	323
	Fallbeispiel 11 Herta <i>Die Marmorstatue</i>	335
	Fallbeispiel 12 Monika <i>King Kong</i>	348
8.3	Trauerreaktionen	358
	Fallbeispiel 13 Birgit <i>Die Befreiung vom toten Patienten</i>	358
	Fallbeispiel 14 Doris <i>Die tote Mutter lässt nicht los</i>	368
	Fallbeispiel 15 Angie <i>30 Jahre nach der Totgeburt</i>	377
	IRRT-Glossar	391
	Nachwort	397
	Anhang A – Vorstellungen der Methode	399
	Vorstellung der IRRT-Methode (Phase 1, 2, 3) für die Bearbeitung traumatischer bzw. belastender Erinnerungen	399
	Vorstellung der IRRT-Methode (reine Phase 3) für die	

IRRT-Innere-Kind-Arbeit (therapeutisch)	399
Vorstellung der IRRT-Methode (reine Phase 3) für die IRRT-Innere-Kind-Arbeit (therapeutisch)	400
Vorstellung der IRRT-Methode (reine Phase 3) für die IRRT-Innere-Kind-Arbeit (diagnostisch)	400
Vorstellung der IRRT-Methode (reine Phase 2) für die Bearbeitung von Trauerfällen	400
Anhang B – IRRT-Merkkarten*	401
Anhang C – Fragen und Aussagen des IRRT-Therapeuten	413
Anhang D – Fragebögen	416
EIBE – Emotions-Inventar B elastender E rlebnisse	416
SIDEKICK – Semistrukturiertes Interview zur D agnostik von Emotionen, K ognitionen, I ntrusionen und C oping-Strategien bei K omplexen oder Einfachen Traumafolgestörungen	418
PIF-A – Post-IRRT-Fragebogen A	426
Post-IRRT-Fragebogen A (PIF-A)	428
PIF-B – Post-IRRT-Fragebogen B	430
Post-IRRT-Fragebogen B (PIF-B)	432
Anhang E – Pierre Janet (1894): »Justines« Heilung	434
Die Autoren	438
Literatur	440

**Hinweis zum Download der Fragebögen und Merkkarten*

Die IRRT-Merkkarten (Anhang B) sowie alle im Anhang D enthaltenen Fragebögen sind auch als kostenloses Download-Material erhältlich. Sie können sie herunterladen, indem Sie im Suchfeld auf der Website des Verlages (www.klett-cotta.de) folgenden Such-Code eingeben: OM89326

Geleitwort

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

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

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

das heutige Selbst gut mit anderen Behandlungstechniken etwa einer Depressions- oder Angstbehandlung, einer Therapie von emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen oder auch einer Suchttherapie integrieren.

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

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

*Martin Hautzinger**

*Dirk Zimmer***

Vorwort zur siebten Auflage

Erfreut können wir seit einem Jahrzehnt feststellen, dass das Praxishandbuch IRRT von der Leserschaft sehr interessiert und freundlich aufgenommen wird, so dass jetzt bereits eine siebte Auflage ansteht. Mittlerweile haben sich so viele Weiterentwicklungen der IRRT ergeben, dass eine vollständige Überarbeitung des Praxishandbuchs notwendig wurde. IRRT ist *work in progress*, der Ansatz bzw. die Methode ist einem ständigen Weiterentwicklungsprozess unterworfen, der sich aus den regelmäßigen Diskussionen mit Kolleginnen, Weiterbildungskandidatinnen und auch unseren Patientinnen ergibt. Unsere Patientinnen sind – wie wir immer wieder betonen – unsere besten und unbestechlichsten Supervisoren, von denen wir uns gern und dankbar immer wieder belehren lassen. Wir danken für diese zahlreichen Anregungen und auch unseren Lektorinnen Christine Tremml und ihren Nachfolgerinnen Katharina Colagrossi und Sandra Aichele vom Klett-Cotta Verlag für die konstruktive Zusammenarbeit.

Zürich und Wiesbaden, im Juni 2024

Mervyn Schmucker und Rolf Köster

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

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

Danksagungen

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

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

Ein ganz besonderer Dank geht an Klaus Dilcher, Leiter der Klinik am Waldschlösschen für seine persönliche und professionelle Unterstützung. Die kreative Energie und das Engagement, die er bei der Gründung und Entwicklung der Klinik am Waldschlösschen, Zentrum für Psychotraumatherapie in Dresden, seit 2008 investiert hat, und deren hervorragendes Ergebnis – eine Art Salpêtrière des 21. Jahrhunderts – sind bemerkenswert. Wir sind Klaus sehr dankbar, dass er die Entwicklung eines IRRT-Trainingszentrums als Teil der Klinik ermöglicht hat.

Dankbar sind wir auch unseren Kolleginnen und Kollegen, die bis heute unsere Arbeit mit ihren kritischen Kommentaren (positive und negative, aber immer konstruktive) korrigiert und bereichert haben und von denen die meisten an den ersten IRRT-Zertifizierungskursen in Dresden teilgenommen haben, vor allem: Clemens Baumeister, Petra Hartmann, Silvia Köster, Andreas Leiteritz, Ines Riedeburg-Tröschner und Rolf Senst; außerdem den Kollegen und Kolleginnen der Klinik Barmelweid: Esther Hindermann und Pia Bircher. Rolf Senst hat zusätzlich einige sehr wichtige Gedanken zum IRRT-Konzept beigetragen und diese treffend formuliert. Auch gilt unser Dank unseren Kolleginnen Petra Hartmann für das Fallbeispiel Alex (Kindertherapie) und Anja Möller für das Fallbeispiel Karin (Kunsttherapie).

Folgenden Personen sind wir für ihre spezielle Hilfe dankbar: Silvia Köster hat Korrektur gelesen und war unsere letzte Zuflucht bei grammatischen Zweifelsfällen; Sepp Brun hat uns mehrfach seine Villa am Lago Maggiore zur Verfügung gestellt, damit wir in maximal kreativitätsfördernder Stimmung schreiben konnten; Paulo De Moura hat uns aus mancher computertechnischen Verzweiflung gerettet und Daten aus dem elektronischen Nirwana zurückgeholt.

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

2 Die Entwicklung der Methode – ein Prozess wird entdeckt

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

2.1 Mervyn Schmucker²

Der Einfluss meiner europäischen und amischen Wurzeln

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

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

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

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

Pazifist, Kriegsdienstverweigerer, Zivildienst

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

Die Entscheidung, Psychologie zu studieren

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

Selbsterfahrung: Begegnung mit meinem verstorbenen Vater auf der INNEREN BÜHNE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Analyse meiner imaginativen Selbsterfahrung

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

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

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

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

Die ersten IRRT-Ansätze/-Experimente

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

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

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

Die Entstehung der IRRT-Phase 2

Eine meiner ersten Trauma-Patientinnen, mit der ich auf der imaginativen Ebene arbeitete, war die 40-jährige 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; dies trotz der Tatsache, dass der Täter schon mehr als 15 Jahre tot gewesen sei. Der zuweisende Kollege hatte sie für eine einzige Sitzung zu mir geschickt, was mich unter einen gewissen, eigentlich unrealistischen Erfolgsdruck setzte. Zu Beginn der Sitzung fragte ich 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 die Szene gerne ändern möchte, wenn sie könnte. Sie stellte sich sofort vor, den Täter fest zwischen die Beine zu treten, woraufhin er zusammenbrach und schmerzgepeinigt auf dem Boden lag. Es war für 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 sehr ähnliche Art und Weise entmacht.

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 waren (letzte Katamnese fünf Monate später). Damit war gewissermaßen die Phase 2 der IRRT entstanden bzw. die Entwicklung von Bewältigungsbildern dem Täter gegenüber, die in der Regel durch die imaginierte Konfrontation und Entmachtung des Täters gekennzeichnet ist.

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

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

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

Die Entdeckung der IRRT-Phase 3

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

Die Entwicklung der IRRT-Phase 1

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

Die frühe Weiterentwicklung und Verfeinerung der IRRT

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

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

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

Die Entstehung von IRRT-Selbsterfahrungsgruppen

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

Meine Begegnung mit Rolf Köster

Im Jahr 2009 lernte ich Rolf Köster kennen, einen sehr erfahrenen Arzt und Therapeuten. Er war Teilnehmer an einem IRRT-Einführungswochenendkurs in der Schweiz und kurz danach am ersten IRRT-Zertifizierungskurs an der Klinik am Waldschlößchen in Dresden, wo ich 2008 eine Vollzeitstelle angenommen hatte. Ich merkte, dass er schnell ein vertieftes Verständnis für den IRRT-Prozess entwickelte. Häufig äußerte er wichtige Aspekte des IRRT-Prozesses in Worten, die für die Fortbildungsgruppe sowie für mich sehr erhellend waren. Des Weiteren nahm er in der Supervision mit mir zahlreiche IRRT-Sitzungen nicht nur auf, sondern transkribierte diese auch. Dieses sehr lehrreiche klinische Material lieferte reichhaltigen

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

2.2 Rolf Köster

Ich hatte bereits viele Jahre Erfahrung in der Behandlung traumatisierter Patienten und in der Anwendung verschiedener spezifischer Therapiemethoden kognitiv-verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologischer Provenienz, als ich Mervyn Schmucker und seine IRRT kennenlernte. Sehr schnell wurde mir klar, welch ungeheures Potenzial in dieser Methode liegt. Für mich schloss die IRRT viele Lücken, die ich bei der Behandlung traumatisierter Patienten mit anderen Therapieverfahren empfand. So erklärten sich mir z.B. einige »Therapieversager« in der Anwendung der verlängerten Exposition (prolonged exposure), und ich hatte mit der IRRT für diese Patienten endlich eine Alternative zur Verfügung. Die Abläufe während der Imagination auf der INNEREN BÜHNE meiner Patienten in den IRRT-Sitzungen zeigten mir in vorher nicht gekannter Klarheit, wie psychische Traumafolgen entstehen, aufrechterhalten und überwunden werden können. Die IRRT erweiterte mein Verständnis dafür, was im subjektiven Erleben der Betroffenen beim Verarbeiten einer traumatischen Erfahrung wirksam ist und wie Blockaden überwunden oder Ressourcen aktiviert werden können. Auch lieferte die IRRT ein Konzept für mich, das die Dialektik zwischen Stabilisierung und Konfrontation elegant auflöst (s. Kap. 3.1.10). Zusammenfassend fand ich in der IRRT meine persönlichen Grundsätze und Erkenntnisse als Traumatherapeut bestätigt und erweitert – Notwendigkeit eines Konzepts, Notwendigkeit der Konfrontation, Stellenwert von Vermeidung und Kontrolle für den Patienten (Köster 2008).

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

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

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

- Die Erkenntnisse aus den IRRT-Sitzungen mit unseren Patienten führen mit der Zeit zu dem Empfinden, das seelische Geschehen beim Einzelnen und beim Menschen überhaupt deutlich besser zu verstehen. Dieser Effekt stellt sich zwar generell bei der längeren Anwendung jeglicher Psychotherapiemethode ein, oder sollte es zumindest, aber nach meiner und der Erfahrung zahlreicher anderer Therapeuten sticht die Anwendung der IRRT etwas heraus. Ob das eher an der Schulung des Mitgefühls oder eher daran liegt, dass Methode und Modell der IRRT das seelische Geschehen besonders treffsicher abbilden, oder eher an der Kombination beider Phänomene, ist mir noch nicht klar. Ich arbeite weiter daran.
- Die IRRT gibt nicht nur den Patienten, sondern auch den Therapeuten eine Methode an die Hand, die es sehr erleichtert, nach der Überwindung der Untiefen und Klippen einer Trauma-Psychotherapie zu dem zu kommen, was man posttraumatisches Wachstum nennt (posttraumatic growth, Pearlman & Saakvitne 1995, Tedeschi & Calhoun 2004, Tedeschi et al. 2018).
- Mit zunehmender Erfahrung entsteht in der sokratisch begleiteten Imaginationsitzung bei den Therapeuten eine Empfindung des Fließens, so als würde man mit den Patienten auf der INNEREN BÜHNE einen Tanz aufführen, und zwar mit einer konzentrierten spielerischen Eleganz. Der Therapeut achtet lediglich darauf, dass die Tanzfläche nicht verlassen wird, und macht die Drehungen und Wendungen des Patienten mit, passt sich dessen Bewegungen und dessen Geschwindigkeit an. Die Wechsel zwischen den verschiedenen Phasen und Ebenen verlaufen organisch, fast wie von selbst, und es wird nie langweilig, weil immer wieder Überraschendes entsteht. So entwickelt sich auch immer mehr eine therapeutische Grundhaltung der Geduld und der gelassenen Zuversicht. Dieses Erlebnis gönne ich jedem Therapeuten, der sich der IRRT widmet. Oder wie es eine fortgeschrittene Supervisandin formulierte: »Jetzt fängt es an, richtig Spaß zu machen.«

3 Grundlagen und Konzepte der IRRT

*Jeder Mensch hat in seiner Seele selbstheilende Kräfte.
Manchmal wird im Laufe des Lebens –
z. B. durch belastende Ereignisse –
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.*
M. Schmucker

Die Grundlagen und Konzepte der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) mit allen wichtigen Aspekten, Zusammenhängen und theoretischen Überlegungen werden hier ausführlich dargestellt, damit sich der Leser gründlich in die Materie einarbeiten kann und auch die Hintergründe versteht. Es existieren mehrere konzise Zusammenfassungen und Fachbuchartikel (Köster 2015, Schmucker & Köster 2014, 2015, 2016, Schmucker & Riedeburg-Tröscher 2019, Köster & Köster 2019, Schmucker & Köster 2021, Köster, Köster & Schmucker 2022, Köster, Köster & Schmucker 2023, Köster, Köster & Schmucker 2024a, 2024b).

3.1 Kernaspekte der IRRT

Wir gehen davon aus, dass es sich beim IRRT-Prozess um den gleichen Prozess auf der INNEREN BÜHNE (s. u.) handelt, zu dem bereits unsere psychotherapeutischen Urväter wie z. B. P. Janet vor 130 Jahren (s. Anhang E) oder C. G. Jung vor 100 Jahren Zugang fanden. Nur wird von uns der Schwerpunkt darauf gelegt, diesen Prozess noch gründlicher zu verstehen und die Frage zu beantworten, wie Therapeuten am besten zusammen mit ihren Patienten den Prozess aktivieren und sie hindurchbegleiten können. In diesem Buch ist es unser Ziel, diesen therapeutischen Heilungsprozess detailliert und anschaulich zu beschreiben, darzustellen, zu kommunizieren und zu lehren, damit andere Therapeuten in ihrer täglichen Arbeit ihren Patienten ebenfalls den Zugang zu diesem Heilungsprozess ermöglichen können (Schmucker u. Köster 2014a).

3.1.1 IRRT als eigenständige Methode

IRRT ist eine psychotherapeutische Methode, die in verschiedenen Aspekten anderen therapeutischen Methoden gleicht, sich in einigen wesentlichen Aspekten aber auch davon unterscheidet. So finden sich Parallelen zur sokratischen Anwendung der *Kognitiven Therapie* nach Beck (Beck et al. 1979), zur *Gesprächspsychotherapie* nach Rogers (1973), zur *Verlängerten Exposition* nach Foa (Foa et al. 2007), zur *Schonenden Traumatherapie* nach Sack (2010), zur *Hypnose* nach Milton Erickson (Erickson u. Rossi 1981), zur *substitution d'images* nach Janet (1889, 1894, s. Anhang E), zur *Schematherapie* nach Young und nach Roediger (2011), zur *Objektbeziehungstheorie* nach Strupp (Strupp u. Binder 1991) und nach Kernberg (1981), zu verschiedenen imaginativen Richtungen, z. B. zum *Psychodrama* nach Moreno (1959) oder zur *Katathym-imaginativen Psychotherapie* nach Leuner (1985), auch zu tiefenpsychologischen Verfahren, z. B. zur *Analytischen Psychologie* nach Jung, insbesondere seiner *Aktiven Imagination* (Jung 1916, 2011, Kast 2012), und auch zur Psychoanalyse, besonders zu neueren Entwicklungen wie dem *Ego-States-Ansatz* (Watkins u. Watkins 2003) oder zum *Mentalisierungskonzept* (Fonagy 2009, Allen 2013). In ihrer spezifischen Technik ist die IRRT hingegen einzigartig. Zu Beginn ist sie für viele Therapeuten etwas ungewohnt, aber viele berichten, dass sich im Verlauf der Weiterbildung, Supervision und Erfahrung eine Vertrautheit und oft sogar eine gewisse Faszination einstellen.

3.1.2 IRRT zur Behandlung von PTBS und anderen Störungen

Die klassische diagnostische und therapeutische Domäne der IRRT ist die Gruppe der Traumafolgestörungen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). IRRT wurde zur Behandlung der PTBS sowohl vom Typ I (Monotrauma) als auch vom Typ II (mehrfache Traumata) entwickelt. Später zeigte sich aber ein viel weiteres Spektrum von Anwendungsmöglichkeiten, namentlich im Bereich der Depressionen, Angststörungen und komplizierten Trauerreaktionen. Die therapeutische Technik wird hier zunächst am »klassischen« Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung erläutert. Anschließend wird aber auch auf die anderen diagnostischen Kategorien eingegangen.

3.1.3 Imaginationen zur Aktivierung von Emotionen

Todo lo que puede ser imaginado es real.
(Alles, was man sich vorstellen kann, ist real.)
Pablo Picasso

Eine der schwierigsten, aber wichtigsten Herausforderungen in jeder Psychotherapie ist die Frage, wie der therapeutische Prozess dazu beitragen kann, dass sich der Pa-

tient seinem emotionalen Erleben annähert. Das bildhafte Erleben einer Situation oder eines Gefühls, die Imagination, hat sich als eine der wirksamsten Möglichkeiten zum Erreichen dieses Ziels erwiesen (Ji et al. 2016, Ji et al. 2019, Saulsman, Ji & McEvoy 2019). In der Psychotherapiegeschichte haben bereits viele Autoren auf diese Bedeutung der Imagination hingewiesen, erwähnt seien hier nur Janet und C.G. Jung. Später bezeichnete Beck innere Bilder als eine der wirksamsten »Kognitionen« in der Aktivierung von Emotionen (Beck et al. 1985). Auch in der IRRT wird zu diesem Zweck vor allem mit Imaginationen gearbeitet. Es ist wohl kein Zufall, dass sich die Verbindung von IRRT und Kunsttherapie als äußerst fruchtbar erwiesen hat (s. kunsttherapeutisches *Fallbeispiel Karin*). Auch in der neuropsychologischen Forschung hat sich nachweisen lassen, dass durch die Imagination oder Beobachtung bestimmter emotionaler Ausdrücke oder Handlungen entsprechende Emotionen ausgelöst werden können, indem entsprechende neuronale Netzwerke aktiviert werden (Dezety & Grèzes 2006).

Paul Ekman, einer der renommiertesten Emotionsforscher und Entwickler des *Facial Action Coding System FACS* (Ekman & Friesen 1978), beschreibt in seinem Buch »Gefühle lesen« (Ekman 2010) neun Ansätze, wie wir »Zugang zu unseren Gefühlen bekommen und Einfluss auf sie nehmen können« (S. 52). Es handelt sich um: 1. Automatische Bewertungsmechanismen, 2. Reflektierte Bewertung, 3. Erinnerung an zurückliegende emotionale Erfahrungen, 4. Durchleben fantasiierter Szenen, 5. Sprechen über emotionale Ereignisse, 6. Mitgefühl (Empathie), 7. Modelllernen am Beispiel anderer Menschen, 8. Miterleben von Normverletzungen (durch sich selbst oder andere), 9. Bewusste Simulation des äußeren Erscheinungsbildes (Mimik, Gestik) bestimmter Emotionen. In der IRRT werden die emotionalen Aktivierungs- und Veränderungsmechanismen 3 bis 6, phasenweise auch 1, 2 und 8 genutzt, das sind sieben von neun, so dass es nicht verwunderlich ist, dass während der Imagination in einer IRRT-Sitzung häufig so überraschend intensive Emotionen auftreten.

3.1.4 Sprachliche Genauigkeit

In kaum einer anderen Therapietechnik wird so viel Wert auf die minutiöse Anwendung der einzelnen Formulierungen gelegt wie in der IRRT. Dies hat seinen Grund darin, dass sich in der Entwicklung der IRRT-Methode herausstellte, dass der Verarbeitungsprozess der Patienten durch die genaue Formulierung der Fragen von den Therapeuten gesteuert wird. Für einen effektiven psychotherapeutischen Verarbeitungsprozess beim Patienten ist es daher sehr sinnvoll, wenn die Therapeuten möglichst wortgetreu die Formulierungen verwenden, die hier in diesem Buch vorgestellt werden. Nuancen in der Wortwahl können nämlich den therapeutischen Prozess hemmen oder begünstigen.

a) Offene vs. geschlossene Fragen

Es wird z. B. zwischen *offenen* und *geschlossenen Fragen* unterschieden, wobei das Stellen einer offenen Frage mehr Druck auf die Patienten ausübt.

T: Was wollen Sie dem Täter jetzt sagen oder mit ihm machen?

(offene Frage mit impliziter Aufforderung – richtig, weil die Patientin unter Druck gesetzt wird, eine eigene Lösung zur Täterkonfrontation zu entwerfen)

T: Können Sie dem Täter jetzt vielleicht etwas sagen?

(geschlossene Frage – problematisch, weil es eine Einladung an die Patientin ist, mit »Nein« zu antworten und – vor allem in der Kombination mit dem relativierenden »vielleicht« – zu wenig Druck ausübt)

Ein weiteres Beispiel zur Unterscheidung zwischen offenen und geschlossenen Fragen aus der dritten Phase der IRRT:

T: Was möchten Sie dem KIND noch sagen oder mit ihm tun?

(offene Frage – üblich)

T: Möchten Sie dem KIND noch etwas sagen oder mit ihm tun?

(geschlossene Frage, lediglich als Abschlussfrage am Phasenende üblich)

Die erste Formulierung (eine offene Frage) übt auf den Patienten einen gewissen Druck aus, weiter im Prozess zu verbleiben und zu handeln; die zweite Formulierung (eine geschlossene Frage) ist eine Einladung an den Patienten, »nein« zu sagen und birgt das Risiko, dass der Patient durch die Antwort »nein« aus dem Prozess aussteigt. An einem Phasenende stellt dies allerdings die übliche Form der Fragestellung dar (z. B. »Gibt es noch etwas, das Sie dem KIND sagen oder mit ihm tun möchten, bevor wir diese Begegnung beenden?«), da die Phase ohne Bedenken abgeschlossen werden kann (s. Kap. 3.5 und Anhang B). S. Kap. 3.5.1

b) Handlungswunsch-Frage vs. Handlungs-Frage

Wenn in den Phasen 2 und 3 dem Patienten die Fragen gestellt werden, was er als nächstes mit dem Täter oder dem KIND (DAMALIGEN ICH) machen bzw. ihm sagen möchte, handelt es sich um eine Handlungswunsch-Frage, da die direkte Frage nach der Handlung einen zu großen Schritt darstellen könnte. Diese Aufteilung in Handlungswunsch und erst dann die Umsetzung des Wunsches in die Handlung kann für die Patienten einfacher bewältigt werden als die direkte Handlung.

T: Was wollen Sie dem Täter jetzt sagen oder mit ihm machen?

(Handlungswunsch-Frage)

T: Was sagen Sie noch dem Täter oder was machen Sie noch mit ihm?

(Handlungs-Frage)

Der Therapeut entscheidet, ob direkt die Handlungs-Frage gestellt wird, oder ob erst die Handlungswunschfrage gestellt und dann zu deren Umsetzung aufgefordert wird, je nachdem, was er dem Patienten intuitiv zutraut. S. Kap. 3.5.2

c) Indikativ vs. Konjunktiv

Der Konjunktiv wird von IRRT-Therapeuten ganz bewusst eingesetzt, vor allem in zwei Situationen: Erstens, wenn ein kleinschrittigeres Vorgehen die Bewältigung einer Herausforderung erleichtern soll (ähnlich der Formulierung eines Handlungswunsches vor der Handlung):

T: Was wollen Sie jetzt dem Täter sagen oder mit ihm machen? (Indikativ)

T: Was würden Sie jetzt am liebsten mit dem Täter machen oder ihm sagen, wenn Sie die Kraft und den Mut hätten? (Konjunktiv)

Zum zweiten dient der Konjunktiv zur Überwindung von Blockaden der emotionalen Wahrnehmung:

T: Was empfinden Sie jetzt? (Indikativ)

T: Wenn Sie jetzt Zugang zu Ihren Emotionen hätten, was würden Sie dann empfinden? (Konjunktiv)

S. Kap. 3.5.4

Als weiteres Beispiel für die Beachtung der sprachlichen Genauigkeit in der IRRT sei der Unterschied zwischen den folgenden zwei Fragen erwähnt:

T: Können Sie sehen, wie Sie das jetzt machen? (problematisch)

T: Können Sie sich vorstellen, das jetzt zu machen? (richtig)

Hier besteht bei der ersten Frage das Risiko, dass der Patient eine dritte Beobachterebene einrichtet und seine Handlung in der Imagination aus der Distanz beobachtet, während die zweite Formulierung ihn dazu anhält, sich selbst als Handelnden aus der Perspektive des Handelnden zu erleben.