

Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern

Katrin Boger

Kinder/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP)

Bindungsbasierte Psychotherapie

Spezielle Psychotraumatologie Kinder/ Jugendliche (DeGPT)

EMDR (EMDRIA)

Inhalte

- Entstehung früher Traumata
- Symptomatik
- Die drei Phasen der Integrativen Bindungsorientierten Traumatherapie

Pränatale Traumata

- Stress der Mutter (Gewalterfahrungen, eigene Traumata/ Belastungen)
- Psychische Belastung/ Erkrankung der Mutter (z.B. Depression, Ängste etc.)
- Ablehnung durch die Mutter: Bindung beginnt bereits im Mutterleib
- Abtreibungsversuch
- Zwillingsstod
- Drogen (Nikotin, Alkohol, Medikamente etc.)
- Umwelteinflüsse

Wie erlebt ein Baby die Schwangerschaft?

- Emotionaler Spiegel der Mutter
- Neurobiologie in der Schwangerschaft



Perinatale Traumata

„Die meisten von uns erfahren nie mehr in ihrem Leben so viel Angst wie bei der Geburt, wenn unser Körper von Stresshormonen geradezu überflutet wird“

(Renggli, 2013)



Perinatale Traumata

- Geburtstrauma
- Kaiserschnitt
- Frühgeburt

Entstehung perinataler Traumata

- Geburt an sich als Herausforderung und erfolgreich bewältigtes „Nahtod-Erlebnis“
- Was, wenn die Glückshormone, etwas geschafft zu haben, z.B. durch Kaiserschnitt ausbleiben?
- Was, wenn Bonding nicht stattfinden kann?

Postnatale Traumata

- Bindungs-/ Entwicklungstraumata
- Körperliche Misshandlung
- Emotionale Misshandlung
- Vernachlässigung
- Sexueller Missbrauch
- Gewalterfahrungen
- Unfälle, Operationen, schmerzhafte ärztliche Untersuchungen

Polyvagal-Theorie (Porges)

Neurozeption: unbewusstes Erkennungssystem für Gefahr und Sicherheit

Drei basale, neuronale hierarchisch angeordnete Kontrollsysteme:

- Soziales Engagement
- Mobilisation – Kampf/Flucht
- Immobilisation in lebensbedrohlichen Situationen

Frühkindliche Gehirnentwicklung

- Bereits bei der Geburt ist das Gehirn voll funktionsfähig
- Sie können genau zuhören, Sprache verstehen, auf ihre Weise kommunizieren, Beziehung herstellen, Gefühle/ Schmerz empfinden und zeigen
- Vorgeburtliches implizites Gedächtnis



Auswirkungen früher Kindheitsbelastungen

- Körperliche und psychische Erkrankungen
- Bindungs- und Entwicklungsstörungen
- Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung
- Lebenslange Auswirkungen bis hin zu einem fast 20 Jahre früheren Tod



Häufige Symptome

- **Wiedererleben:** z.B. Flashbacks, Dissoziationen, Albträume, physische/psychische Belastung nach Konfrontation mit Triggern
- **Vermeidung:** z.B. tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Personen etc., die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert werden, eingeschränkte Bandbreite des Affekts
- **Erhöhte Erregung:** z.B. Affektlabilität, Wutausbrüche, Irritierbarkeit, Hypervigilanz, übertriebene Schreckhaftigkeit
- **Zeitweise:** Regression, Trennungsängste

Behandlung von Traumata

„In jedem Trauma ist eine wunderbare Kraft oder Energie verborgen, die zu befreien und zu transformieren unsere Lebensaufgabe, ja der Sinn unseres Lebens ist“

(Renggli, 2013).



Grundlagen der Traumabehandlung

„Von traumatisierenden Erlebnissen kann man sich auch nicht einfach erholen, wie das bei stressvollen Erfahrungen durchaus der Fall ist. Sie bleiben solange psychisch aktiv, bis sie gezielt aufgearbeitet werden“ (Ruppert, 2014).

Grundhaltung des Therapeuten

„Wenn man als Analytikerin einem Säugling zuhört, sind alle Sinne auf Empfang gestellt, schwingen in der Stille des Selbst. Dieses Mitschwingen (wie auch die freischwebende Aufmerksamkeit) sollte von jeder Wertung frei sein, schließt aber die Phantasietätigkeit keineswegs aus, sondern bezieht sie ein; nur deren Freisetzung nämlich erlaubt die „Übersetzung“ eines zunächst unverständlichen Empfindens“ (Eliacheff, 2015).

Grundprinzipien der Traumabehandlung

- Grundhaltung des Therapeuten (wertschätzend, feinfühlig, wohlwollend... v.a. authentisch gegenüber Eltern UND Kind)
- Raum der Geborgenheit als Grundlage
- Transparenz auch gegenüber dem Kind



Bedeutung von Ressourcen

- Ohne das Aktivieren von Ressourcen kann Traumaarbeit nicht gelingen
- Pendeln zwischen Trauma (Vergangenheit) und Ressource (Gegenwart) ist das Kernstück jeder Traumaarbeit



3 Aspekte bei der Traumabehandlung

- Belastung und Ressourcen der Bezugspersonen
- Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind
- Belastung und Ressourcen des Kindes

Arbeiten mit den Bezugspersonen

- Gemeinsames Arbeiten (Bezugspersonen als Experte für das Kind)
- Entlastung von der Schuldfrage
- Symptome als Überlebensstrategie anerkennen, das ehemals einen Sinn hatte
- Psychoedukation, Aufklären über Vorgehen der Traumaarbeit



WICHTIG

Eine ausgeprägte elterliche PTBS ist in der Regel mit einem schlechteren Outcome für die PTBS der Kinder verbunden. Die Behandlung der elterlichen PTBS hat deshalb einen hohen Stellenwert.



Arbeit mit den Bezugspersonen

- Deren eigene Belastung aufarbeiten, damit diese auch nonverbal in der Lage sind, Sicherheit auszustrahlen (Polyvagal-Theorie)
- Arbeiten an der Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind
- Feinfühliges Verhalten der Bezugspersonen als sichere Basis und Ressource für die Traumabehandlung mit dem Kind, sowie Beruhigung des Bindungssystems des Kindes
- Sichere Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind auch als Schutz vor Retraumatisierung und als zukünftiger Resilienzfaktor

Prinzipien in der Traumaaarbeit mit Kindern

- Entschleunigung!
- Traumaaarbeit bei jüngeren Kindern ist auch Körperarbeit
- Therapeut: authentisch, in sich ruhend, dem Prozess und den Selbstheilungskräfte vertrauend
- Mehr prozess-, weniger zielorientiert



Traumaaarbeit im ersten Lebensjahr

- Methode: Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie (IBT)
- Elemente der Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, bindungsbasierten Psychotherapie, Traumatherapie
- Messung der Herzfrequenz als Prädiktor für Stress
- Bezugspersonen und deren Bindung zum Kind als Ressource und Verankerung in der Gegenwart, sowie nonverbale Beruhigung des Bindungssystem des Kindes

Durchführung der Traumaaarbeit im ersten Lebensjahr

- 1. Bezugspersonen berichten Ressourcen auf drei Ebenen (kognitiv, physisch, emotional)
- 2. Traumaaktivierung durch die Bezugspersonen aus der Sicht des Kindes auf drei Ebenen (kognitiv, physisch, emotional)
- 3. Wenn das Kind unter Stress ist (Herzfrequenz hoch), bifokale Stimulierung bis das Trauma durchgearbeitet ist (Herzfrequenz reguliert)
- 4. Bezugspersonen berichten Ressourcen auf drei Ebenen (kognitiv, physisch, emotional)

Traumaaarbeit im zweiten und dritten Lebensjahr

- Methode: Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie (IBT)
- Elemente der Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, bindungsbasierten Psychotherapie, Traumatherapie, EMDR
- Körperspannung, Verhalten als Prädiktor für Stress
- Bezugspersonen und deren Bindung zum Kind als Ressource und Verankerung in der Gegenwart (bifokaler Fokus)

Durchführung der Traumaaarbeit im zweiten und dritten Lebensjahr

1. Bezugspersonen berichten Ressourcen auf drei Ebenen (kognitiv, physisch, emotional), Inhalte: Selbstwirksamkeit, erlebte Bewältigungsstrategien
2. Traumaaktivierung durch die Bezugspersonen aus der Sicht des Kindes auf drei Ebenen (kognitiv, physisch, emotional) direktiv oder über einen Stellvertreter (Narrativ)
3. Während der Traumaaktivierung schnelle bilaterale Stimulierung (EMDR: Tapping)
4. Bezugspersonen berichten Ressourcen auf drei Ebenen (kognitiv, physisch, emotional), Inhalte: Selbstwirksamkeit, erlebte Bewältigungsstrategien
5. Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft

Bisherige Erkenntnisse

Die Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie stärkt nach erfolgreicher Behandlung die Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind und steigert damit die Resilienz des Kindes



Bisherige Erkenntnisse

- Kurze Behandlungsdauer
- Hilfreich ist eine feinfühlig Bindung der möglichst „traumafreien“ Bezugsperson zur nonverbalen Vermittlung von Sicherheit (Polyvagal-Theorie)
- Das Kind reagiert nur auf eigene Belastungen innerhalb von Sekunden und auf Belastungen, die nur die Bezugspersonen betreffen, deutlich verzögert
- Traumainhalte sind besonders Situationen mit Schmerz und Angst

Kontakt Daten

Katrin Boger

Kinder-/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP), Bindungsbasierte Psychotherapie
Spezielle Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche (DeGPT), EMDR (EMDRIA)

Supervisorin und Dozentin

Supervision EMDR i.A.

Leitung des Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie WZPP

Alfred-Delp-Strasse 2, D-73430 Aalen

info@psychotherapie-aalen.de

www.psychotherapie-aalen.de // www.wzpp.de