



Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern I.B.T.®

Katrin Boger

Kinder/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP)

I.B.T.® Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern

Bindungsbasierte Psychotherapie/ Spezielle Psychotraumatologie Kinder/ Jugendliche (DeGPT)/ EMDR

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und
Psychologie

Hiermit verpflichte ich mich, als Teilnehmer*in des (Online-) Seminars

Das Seminar wird von mir **nicht aufgezeichnet** und es werden **keine Screenshots** gemacht.

Bei online: Die Zugangsdaten werden von mir nicht weitergegeben.

Ich verpflichte mich bzgl besprochenen Patientendaten/ -beispielen, die in der Supervision und im Seminar besprochen werden, zur **Schweigepflicht**.

Katrin Boger

Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie

bei Säuglingen, Kleinkindern
und Vorschulkindern

2., aktualisierte Auflage

Kohlhammer

Katrin Boger

Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern

Kohlhammer

Überblick des Seminars

Erstkontakt

Behandlung der Bezugspersonen mit der I.B.T.®-Methode

Einüben der Methode

Supervision, klären offener Fragen für die Umsetzung in den Arbeitsalltag

Phasen der I.B.T.® Methode

Modul 1: Grundlagen Psychotraumatologie

Phase 1 (Modul 2)

Arbeit mit den Bezugspersonen:

Erstkontakt und traumaintegrative Arbeit mit den Bezugspersonen

Phase 2 (Modul 3)

Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind

Phase 3 (Modul 3)

Direkte traumaintegrative Arbeit mit dem Kind

Grundhaltung in der Arbeit

- Menschen müssen sich wohl, sicher, gehalten und gesehen fühlen, um bereit zu sein, an ihren Problemen/ Traumata zu arbeiten.
 - Raum der Geborgenheit
 - Transparenz
 - Authentizität

Inhalte in den ersten Stunden

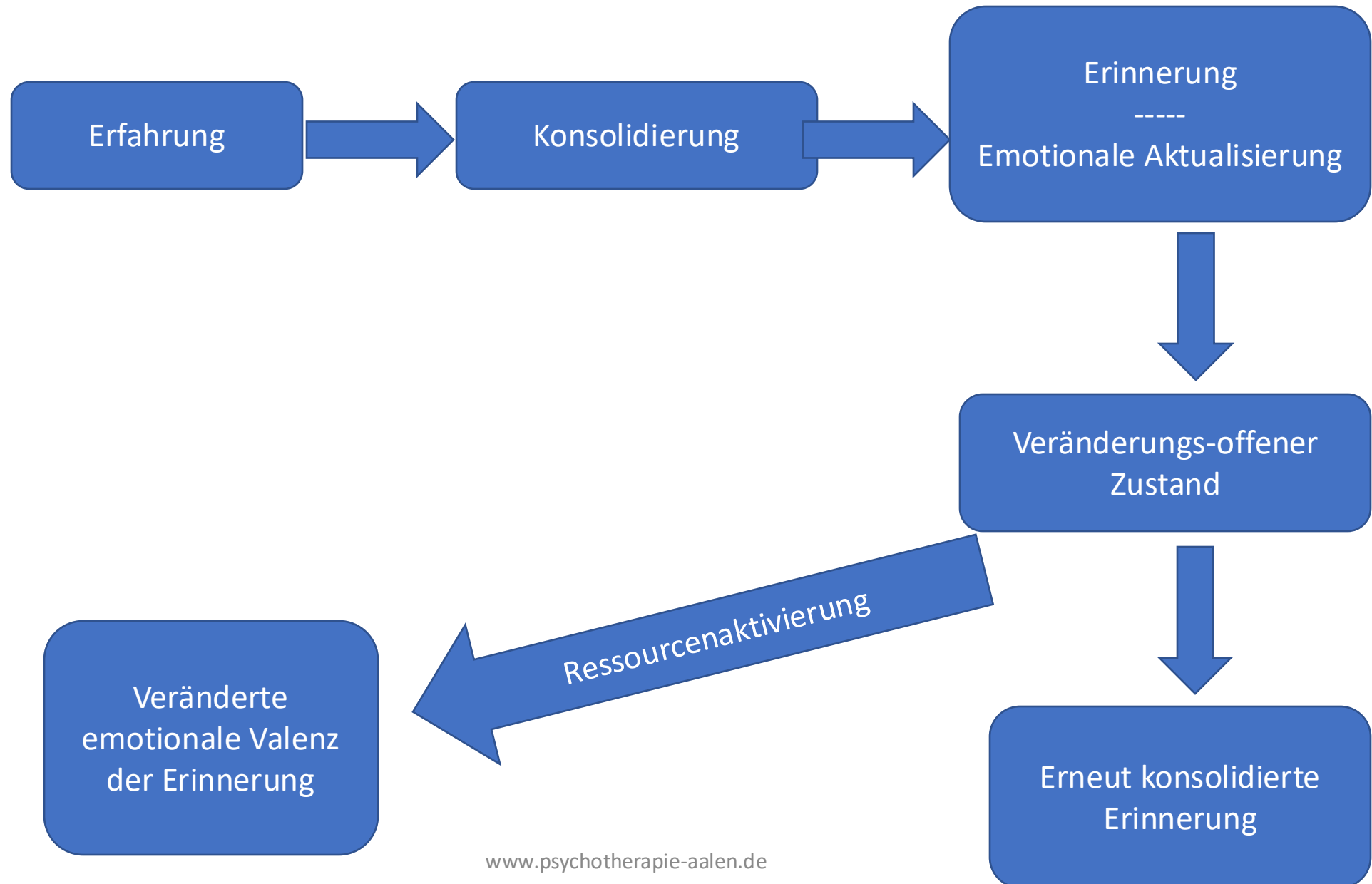
- Entlastung der **Schuldfrage**
- **Traumabrille**: Die Symptomatik des Kindes und der Bezugsperson in den Zusammenhang des Ereignisses stellen (stressorbasiertes Erklärungsmodell)
- **Psychoedukation**: Normalisierung der Symptome, Gedanken und Einstellungen
- Erklärung des Vorgehens, besonders der **Notwendigkeit der Integration des eigenen Traumas** (Bezugsperson als sicherer Ort für das Kind)
- Was macht die **Bindung** zwischen Bezugsperson und Kind?
- Blick auf die **Ressourcen** zur Stabilisierung

Ressourcenthema

Trauma-Thema (Erschütterung Selbst-/ Weltbild)	Verletztes basales Bedürfnis	Ressourcen-Thema
Bedrohung	Sicherheit	Schutzpersonen, Handeln können, Überwindung der Lähmung
Hilflosigkeit, Ohnmacht, Kontrollverlust	Kontrolle, Wahlmöglichkeit	Selbstwirksamkeit, Hilfe durch andere
Schuld, Scham	Selbstakzeptanz	Klärung der Verantwortung, Autonomie
Selbstabwertung, Selbstkritik	Selbstakzeptanz	Mitgefühl, Selbstfürsorge, Selbstannahme

Rekonsolidierung

© WZPP Katrin Boger



Universelle Ressourcen

- Imaginative Distanzierungstechniken
- Innere-Helfer-Techniken
- Tresor- und Bildschirmtechnik
- Sichere Ort Übung

Dynamische Ressourcen

- Angenehme Körperempfindungen
- Positive Empfindungen
- Positive Gedanken

Ressourcen: implizit

- **Zügig guten Rapport herstellen**
- **Hoffnung wecken**
- **Sicherheits- und Kontrollbedürfnis aktiv erfüllen**
- **Selbstwert stärken**
- **Motivieren des Klienten und seinen Bezugspersonen**
- **Flexibler klientenzentrierter Umgang mit Vermeidung: GANGWECHSEL**

Ressourcen: explizit

In traumazentrierten Behandlungsansätzen ist es Standard geworden, zusätzlich sogenannte **Stabilisierungsübungen und Ressourceninstallationen** durchzuführen.

Der Klient macht so **bewusste Erfahrungen von Sicherheit und Kontrolle**.

Die **Motivation** für das Fokussieren steigt (durch Angstreduktion).

Die **Steuerungsmöglichkeiten**, für den Klient und die Fähigkeit während der Fokussierungsphase assoziiert zu bleiben, steigt.

Die Fokussierungsprozesse laufen sanfter ab.

Es werden **Kontrollmöglichkeiten für den Alltag** erlernt.

Ressourcen und Resilienz

Der Kern einer jeden Ressource ist das **positive Körperempfinden**

Letztlich kommt jede Ressource aus unserem Kontakt mit unserem authentischen Selbst

Wichtig ist ein **differenzierter, „passgenauer“, ziel- und lösungsorientierter Einsatz von Ressourcen**

Die besondere Bedeutung einer konsequenten Ressourcenorientierung in Traumatherapie ergibt sich u.a. aus folgenden Faktoren

- Der Blick auf ihre eigenen Fähigkeiten ist ihnen durch traumabedingte **negative Überzeugungen** verstellt, die Selbstwahrnehmung nur negativ färbt.
- Bei **Triggerung impliziter Traumanetzwerke** landen die Klienten „im alten Film“ und im Wiedererleben und sind abgeschnitten von ihren – auch den sonst durchaus verfügbaren – Ressourcennetzwerken.
- Viele Ressourcen sind kontextbezogen abgespeichert oder nur situationsspezifisch zugänglich. Ein Ressourcentransfer in neue Situationen ist dann schwierig. In **Problemsituationen dominieren die dann aktivierten neuronalen Netzwerke negativer Selbstwahrnehmung, engen die Sicht ein und blockieren.**

Die besondere Bedeutung einer konsequenten Ressourcenorientierung in Traumatherapie ergibt sich u.a. aus folgenden Faktoren

- **Ressourcenorientierte Arbeit hilft** hier, anscheinend verschüttete Fähigkeiten zu aktivieren, ins Erleben zu heben und den Transfer zielgerichtet in die belastende Situation im heutigen Alltag zu ermöglichen.
- Bewältigungs- und Überlebensstrategien wie „Angriff ist die beste Verteidigung“

Als besonders hilfreiche Faktoren für die Bewältigung schwieriger und traumatischer Ereignisse erwiesen sich:

Hoffnung und Zuversicht, Vertrauen, Kreativität, Humor, Selbständigkeit, Selbstwirksamkeit, Mut, Einsicht, Glaube, Spiritualität, Phantasie, Entschlossenheit u.a. (Seligmann, 2003; Reddemann, 2004a).

Nach Antonovsky`s These ist das sogenannte **Kohärenzgefühl** zentral für die Frage, wie Gesundheit entsteht. Kohärenz („Sinn für Zusammenhalt“) bedeutet:

Das Gefühl von **Verstehbarkeit der Zusammenhänge des Lebens**

Die **Überzeugung, das Leben gestalten und bewältigen zu können**, genügend Stärken zu haben, Situationen richtig einordnen zu können und nicht die Kontrolle zu verlieren

Vertrauen, dass die Welt und man selbst „zusammenhalten“ wird und alles gut ausgeht

Der **Glaube**, dass das Leben einen Sinn und eine Bedeutung hat

Behandlung der Bezugspersonen

- Inhaltlich **angelehnt an die Traumaintegration des Kindes**
- Die Bezugspersonen erleben die **Wirksamkeit am eigenen Körper**: dadurch höhere Compliance und Vertrauen in die Methode und den Therapeuten
- Der **Therapeut kennt die Traumageschichte** und kann dadurch der Bezugsperson hilfreich zur Seite stehen
- Die Methode ist angelehnt an die Behandlung mit EMDR

Vorbereitung

Erstkontakt:

Psychoedukation zur Normalisierung der Gedanken und Einstellungen

Beziehungsaufbau: sichere therapeutische Beziehung

Diagnostik / Stressorbasiertes Erklärungsmodell zur Steigerung der Motivation

Erarbeitung **realistischer Ziele und Aufklärung über die Methode**

Stabilisierungsübungen zur Rückgewinnung von Kontrolle

Ressourcenaufbau und Distanzierungstechniken

Beobachtungen während des Prozesses

Emotionale Entlastung durch Erleben der Auflösung der Bedrohungssituation

Kognitive Veränderungen durch spontane Neubewertung der traumatischen Situation, die nicht mehr als gegenwärtige Gefährdung wahrgenommen, sondern als Vergangenes eingeordnet wird.

Verhaltensveränderungen wie Aufgeben des Vermeidungsverhalten und Wiederlangen von verloren gegangener Fähigkeiten.

Auflösung körperlich abgespeicherter Traumata, verbunden mit Senkung der innerlichen Erregung. Dies zeigt sich häufig in einer innerlichen Ruhe, Weite und Entspannung (Gähnen).

Lösungsorientierte Veränderung innerer Vorstellungen des Traumas. Dieser Prozess wird mit positiven Gefühlen und Körperempfindungen gekoppelt

Phasen der Behandlung

Stabilisierung (körperlich, emotional, sozial – bei Kindern auch die Bezugspersonen)

Traumaverarbeitung in Form eines Narrativs verknüpft mit bilateraler Stimulierung der Hot Spots

Integration und Neuorientierung

Stabilisierung

Aufbau einer **stabilen therapeutischen Beziehung** zum Patienten

Bestehende **Motivation des Patienten** (und dessen Bezugspersonen) am Trauma zu arbeiten (z.B. durch Splitter-Metapher)

Einüben von **verschiedenen Stabilisierungs- und Ressourcenübungen** (z.B. sicherer Ort, Lichtstromtechnik, Screen-Technik, Tresorübung)

Ausreichende Alltagsstabilität: physische und psychische Belastbarkeit, keine Sicherheitsrisiken (Vertrag)

Unterstützungsmöglichkeiten im familiären und weiteren Umfeld

Stabilisierung

Ausreichend Zeit

Indikation

Stressorbasiertes Vorgehen: Erinnerungen aus der Vergangenheit, die im hier und jetzt noch eine emotionale Belastung hervorrufen

Traumaverarbeitung mit I.B.T

Die Traumageschichte wird **begonnen an einem „sicheren Punkt“**

Die Bezugsperson erzählt aus **Distanz**, wie beim Anschauen eines inneren Films (bifokaler Fokus)

Aktivierung der Geschichte auf drei Ebenen (Kognitiv, emotional, körperlich)

Bei **Hot spots (SUD > 4)** Standbild und Prozessierung bis **SUD = 0**

Dann weiter bis zum nächsten Hot spot

Ende der Traumageschichte, wenn „wieder alles gut ist“

Unterschied zu EMDR

Die **Traumageschichte wird als Narrativ** erzählt und beginnt nicht am schlimmsten Moment, sondern an dem Punkt, an dem „noch alles gut ist“

Sie orientiert sich **eng an der Traumageschichte des Kindes** und dient auch der **Vorbereitung der Traumaintegration mit dem Kind** (Generalprobe)

Affektbrücken werden in der Regel verhindert, sollten diese doch auftauchen: Tresorübung; tauchen sie weiter auf: Abbruch/ Sicherer Ort, Therapieempfehlung

Bearbeitung des Standbilds

1. Fixieren des Standbildes

2. Benennen einer **negativen Kognition (nK)** (nur beim ersten Standbild)

Zu 2.: Mit dem Herausarbeiten der negativen Kognition wird das Traumanetzwerk aktualisiert. Die nK ist eine irrationale, negative und auf sich selbst bezogene Überzeugung. Die nK sollte möglichst genau das gegenwärtige dysfunktionale Kernthema des Klienten erfassen (kurz und knackig). Die nK sollte zudem emotional bedeutsam sein und eine affektive Resonanz beim Klienten auslösen.

Wichtig:

- Nicht Emotion mit Kognition verwechseln
- Die nK beinhaltet, was der Klient JETZT über sich während des Ereignis denkt, nicht was er damals gedacht hat
- Zügiges Vorgehen

3. Benennen einer **positiven Kognition (pK)** (nur beim ersten Standbild)

Zu 3: Es geht hier um die Frage: „Wenn Du das Standbild vor Augen hast, wie würdest du JETZT gerne über Dich denken?“. Der Klient braucht bei der Suche nach der pK meist Unterstützung. Bei der pK handelt sich um eine positive, auf sich selbst bezogene und generalisierte Überzeugung, die beim Klienten eine positive affektive Reaktion hervorruft. Die pK konzentriert sich genau auf die vom Klienten erwünschte Richtung der Veränderung. Die pK sollte ebenfalls kurz sein und sich auf das Kernthema des Klienten beziehen.

Stimmigkeit der pK (VoC): „Wenn Sie an dieses Bild denken, wie zutreffend fühlt es sich dann der Satz (pK) JETZT auf einer Skala von 1-7 an, wobei 1 ganz falsch und 7 völlig richtig bedeutet?“

4. Traumabezogene Emotion

5. Ermitteln des **Belastungsgrad (SUD 0-10)**

Zu 4/5.: Hier wird der Frage „Wenn Du jetzt nochmals an das schlimme Bild denkst und dabei den Satz (nK wortwörtlich wiederholen) denkst, welches Gefühl kommt JETZT in dir auf?“ und direkt darauf „Und wie belastend ist dieses Gefühl JETZT im Moment für Dich auf einer Skala von 0 – überhaupt nicht belastend- bis 10 – maximale Belastung?“. Die Einschätzung der aktuellen Belastung erfolgt mit Hilfe des SUD (Subjective Units of Discomfort) auf einer Skala von 0 (neutral, ruhig, entspannt) bis 10 (maximale Belastung).

6. Begleitende **Körperempfindung (Ort + Qualität)**

Zu 6.: Direkt nach der Einschätzung der emotionalen Belastung wird geprüft, wo sich die Belastung körperlich zeigt. Es wird gefragt „Wo im Körper spürst Du die Belastung JETZT?“.

7. Bifokale Stimulierung, während der Patient gebeten wird, den inneren Prozess zu beobachten und alles zulassen was passiert. Ist die Belastung für das jeweilige Standbild im hier und jetzt verringert (bevorzugt SUD = 0), wird das Traumanarrativ bis zur nächsten Belastung (nächstes Standbild) fortgesetzt. Die nächste Belastung/Standbild wird dann wie beschrieben bearbeitet. Weiter: Durcharbeiten der gesamten Traumageschichte des Kindes aus Sicht der Bezugspersonen bis „wieder alles gut ist“. Am Ende des Narrativs wird die Gesamtbelastung im hier und jetzt abgefragt (SUD 0-10).

Zu 7.:

- Erinnerung an das Stop Signal
- Zusammenfassung des Therapeuten: „Bitte stell dir jetzt nochmals das Bild vor (stichwortartiges beschreiben), denke an den Satz (nK wiedergeben spüre deine Gefühle (benennen) und wo du sie im Körper JETZT spürst (benennen). Folge meinen Fingern oder dem Tappen und beobachte, was passiert.“

Beginn des ersten Set (ca 24 rechts-links Bewegungen bzw. ca 50 x tappen). Der Therapeut achtet darauf, dass sich beim Klienten nur die Augen und nicht der ganze Kopf bewegt. Die Augenbewegungen sollten flüssig sein, die Geschwindigkeit zügig. Beim Tappen doppelte Geschwindigkeit der Herzfrequenz, nicht zu sanft, aber auch nicht zu fest.

Nach dem ersten Set unterbricht der Therapeut und fragt „Atme tief durch und was ist jetzt?“ NICHT „Was fühlst Du jetzt?“!!!

Egal welche Antwort der Klient nach dem ersten Set gibt, erfolgt direkt weiter der zweite Set „Beobachte weiter und folge meinen Fingern.“ (Keine Zusammenfassung, Interpretation oder Vertiefung)

- Nach dem zweiten Set unterbricht der Therapeut und fragt „Atme tief durch und was ist jetzt?“
- Benennt der Klient zweimal eine neutrale bzw. positive Empfindung scheint der Assoziationskanal durchgearbeitet und der Klient wird gebeten die Geschichte weiterzuerzählen bis zum nächsten Belastungspunkt
- Beim nächsten Belastungspunkt wird nur noch das traumabezogene Gefühl, der Belastungsgrad (SUD 0-10) und begleitende Körperempfindung (ohne nK und pK) erfragt und daraufhin direkt bifokal stimuliert, bis zweimal eine neutrale bzw. positive Empfindung erscheint.
- Auf diese Art und Weise wird die gesamte Traumageschichte des Kindes aus der Sicht der Bezugspersonen durchgearbeitet.
- Ist die Geschichte komplett durchgearbeitet (bis an einen sicheren Punkt) wird die Bezugsperson gebeten, die aktuelle Belastung (SUD 0-10) auf das gesamte Erleben einzuschätzen.
- Ist der SUD > 0 werden die Sets fortgesetzt, bis wieder eine positive Empfindung geäußert wird.
- Ist der SUD = 0 wird die Stimmigkeit der pK VoC abgefragt.

8. Verankerung der positiven Kognition (pK), wenn die Gesamtbelastung SUD=0 SUD > 0 Tresorübung und sicherer Ort

Zu 8.:

Der Therapeut fragt nach der Stimmigkeit der pK mit Hilfe des VoC

Stimmt die pK noch und ist = 7 wird die pK durch langsame Stimulierung noch verankert

Stimmt die pK nicht mehr, sollte nach einer passenderen pK gesucht werden

Stimmt die pK, aber VoC < 7 wird diese durch schnelle Stimulierung versucht zu erhöhen.

Gelingt dies nicht, begibt man sich auf die Ursachensuche: „Was bräuchte es denn, damit es eine 7 wird?“ evtl benötigt es nochmals eine erneute schnelle Prozessierung

Eine Verankerung der pK darf nur dann erfolgen, wenn SUD = 0!!!

Wird kein vollständiger Abschluß erreicht, erfolgt die Tresor-Übung oder sicherer Ort

9. Körpertest, nur bei SUD = 0, sonst entfällt dieser Punkt

Zu 9.:

„Jetzt wollen wir noch prüfen, ob von dem schlimmen Ereignis noch etwas in deinem Körper stecken geblieben ist. Kannst du bitte deine Augen schließen und noch einmal an das Ereignis und gleichzeitig den positiven Satz (wortwörtlich wiederholen) denken? Wenn du beides in deinem Kopf hast, gehe wie mit einem Scanner durch deinen ganzen Körper und sage mir, was du spürst.“

Positive Empfindungen können durch langsame Stimulierung intensiviert werden. Unangenehme Empfindungen werden schnell prozessiert ohne erfragen des SUD oder nK

Bei Reste Tresorübung

10. Abschluß

Zu 10.:

- Den Klienten stabilisieren (Ruhe, Entspannung)
- Würdigung der Mitarbeit
- Information, dass der Traumaverarbeitungsprozess weiter geht. Es können weiter Bilder, Gedanken etc auftauchen, diese bitte wahrnehmen und notieren und zur nächsten Sitzung mitbringen.

Überprüfung

In der nächsten Sitzung sollten vier Aspekte erfragt werden:

Hat sich in der Zwischenzeit die Symptomatik verändert?

Ist zwischen den Sitzungen neues assoziiertes Material aktiviert worden, an dem jetzt gearbeitet werden muss?

Ist das prozessierte Target vollständig verarbeitet?

Sind alle relevanten, mit dem traumatischen Geschehen verbundenen Targets und Trigger verarbeitet?

Kriterien einer vollständigen Bearbeitung

Aufweichen/ Verschwinden von festen Verhaltensmustern, Einstellungen, Gefühlen oder Körperreaktionen, die mit dem Ausgangsthema verbunden waren, **erlebte Angstfreiheit und Wahlfreiheit in den eigenen Handlungen** in bisherigen Auslösesituationen für Belastungen bei Realkonfrontation, bewusste Erinnerungen an die Ausgangssituation rufen **keine emotionalen oder körperlichen Belastungen mehr** hervor („non-reactivity to a traumatic memory“, Horowitz)

ein freies Erzählen über die alten Erfahrungen ist der Klientin **ohne affektive Überflutung** möglich, die Erfahrungen werden als ichzugehörig und abgeschlossen erlebt,

spontane Erinnerungen verlaufen **ohne affektive Begleitung**, es ist **kein Vermeidungsverhalten** mehr zu beobachten.

Schwierigkeit	Intervention
Abreaktion: häufig weinen, Wiedererleben der stimulierten, traumatischen Situation auf einem hohen affektiven Belastungsniveau	Weitermachen bis zur Auflösung: „Ja, beobachte einfach was geschieht.“ Oder „Ja, das ist altes Zeug.“ Falls die Abreaktion nicht nach ein paar Minuten beendet ist, zurückführen ins hier und jetzt, Körperübung und sicherer Ort)
Blockaden: Verarbeitung kommt zum Stillstand	Einweben: „Was kannst du dem inneren Bild hinzufügen, das dir hilft, dich sicherer und stärker zu fühlen?“ Grundthemen: - Sicherheit/ Überleben - Verantwortlichkeit/ Schuld - Selbstwertgefühl - Wahlmöglichkeiten

**Überflutung/ Dissoziation ist
Retraumatisierung**

Zurückholen:

- **Zurückführen in die Realität, ins Hier und Jetzt**
- **Reorientierung**
- **Körperübungen**
- **Kontrolle/ Sicherheit aufbauen**

Den Klienten immer nur in einem stabilen Zustand entlassen!!