



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

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

Ich beachte, dass alle Seminarteile, in denen Patienteninhalte (auch anonymisierte)
behandelt werden, der Schweigepflicht unterliegen.

Was ist die I.B.T.® Methode?

- Bei I.B.T.® handelt es sich um einen **innovativen integrativen Ansatz**, der sich aus dem EMDR, einer von der WHO anerkannten Methode zur Traumaintegration, weiterentwickelt hat.
- I.B.T.® berücksichtigt neben EMDR, auch die Erkenntnisse des Polyvagal-Ansatzes, der systemischen Therapie, der Tiefenpsychologie uvm.

Für wen eignet sich die I.B.T.® Methode?

Die I.B.T.® Methode ist erfolgreich bei

- Prä- und perinatalen Traumata
- Postnatalen Traumata
- Entwicklungstraumata (angepasstes Vorgehen)
- Anstehenden belastenden Ereignissen

-> ab Geburt möglich

Phasen der I.B.T.® Methode

- **1. Phase:** Erstkontakt/ Anamnese + Arbeit mit den Bezugspersonen an deren eigenen Belastung in Bezug auf das Trauma des Kindes
- **2. Phase:** Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind
- **3. Phase:** direkte traumaintegrative Arbeit am Kind mit Unterstützung der Bezugspersonen

→ **Alle drei Phasen bauen aufeinander auf und bedingen sich gegenseitig!!**

Katrin Boger

**Integrative
Bindungsorientierte
Traumatherapie
bei Säuglingen,
Kleinkindern
und Vorschulkindern**

Kohlhammer

Katrin Boger

**Integrative
Bindungsorientierte
Traumatherapie**

bei Säuglingen, Kleinkindern
und Vorschulkindern

2., aktualisierte Auflage

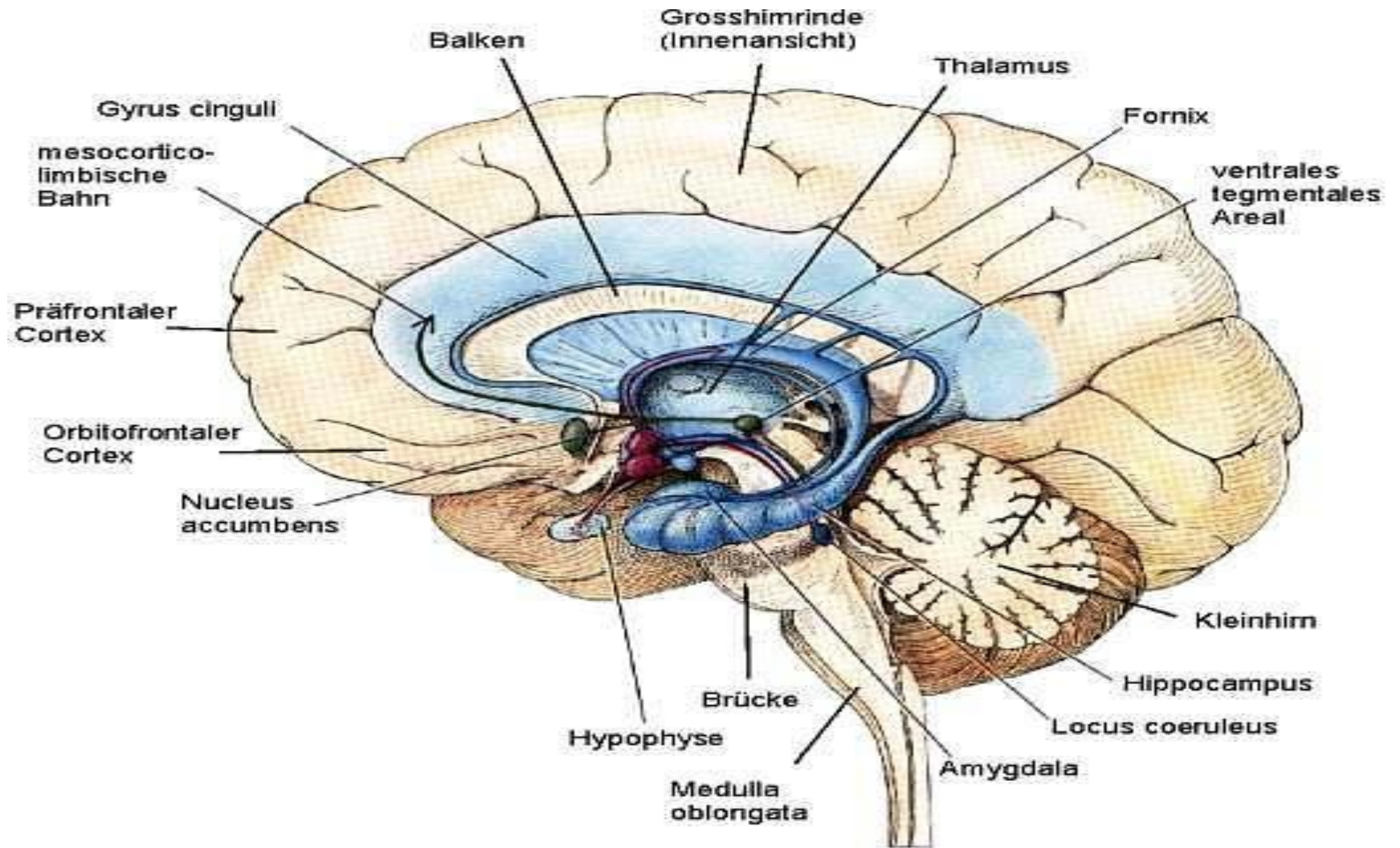
Kohlhammer

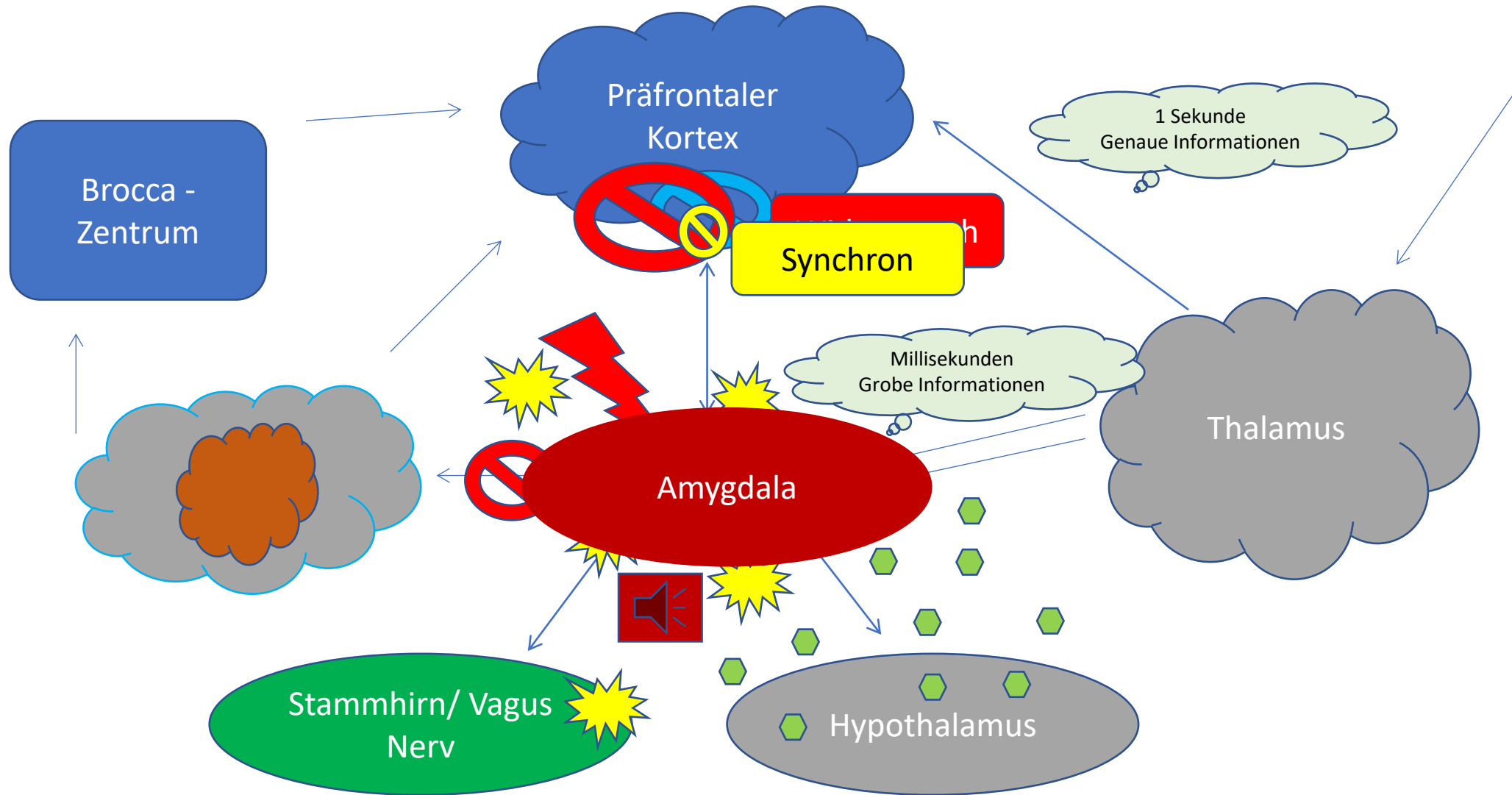
Physiologie psychischer Traumatisierung

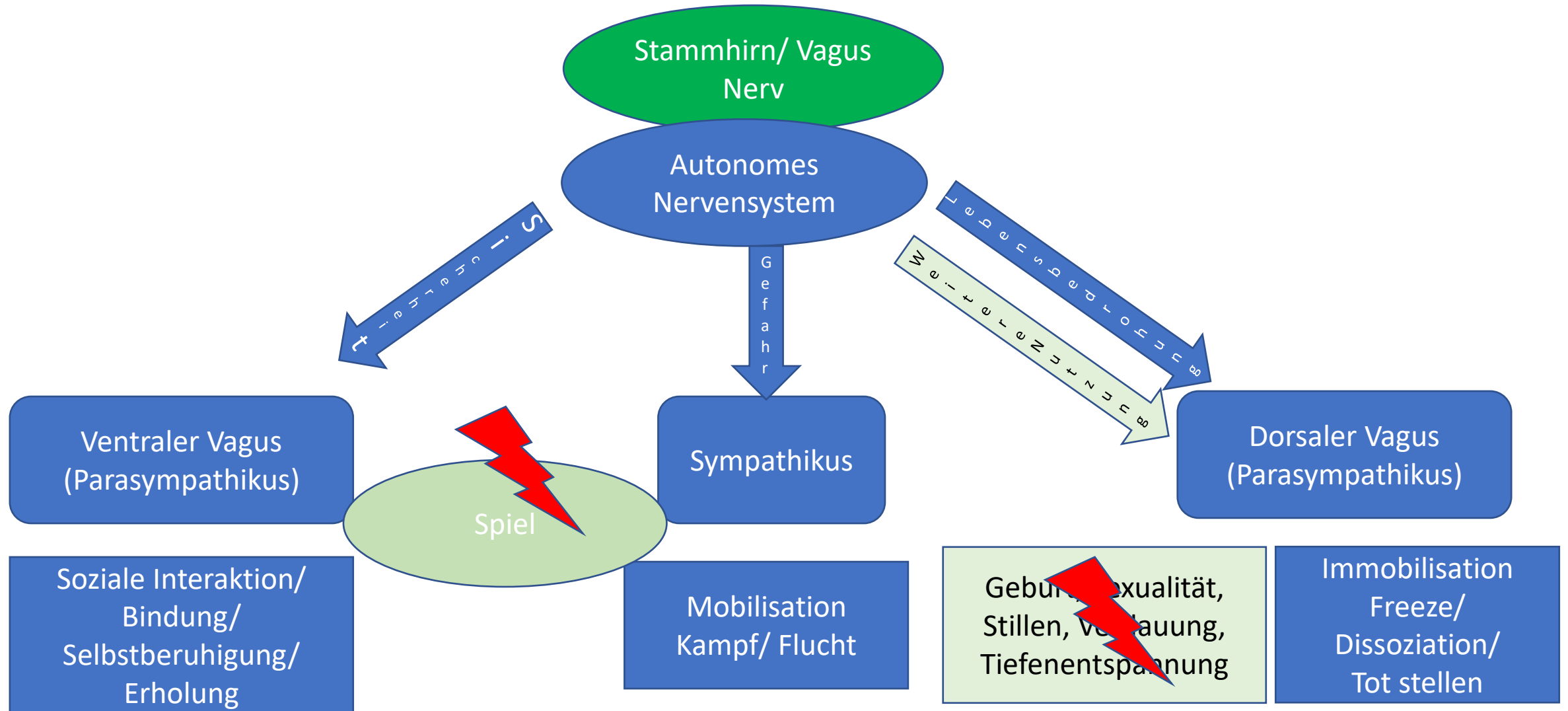
- Explizites Gedächtnis
- Implizites Gedächtnis

Neurobiologische, neurophysiologische,
neuroendokrinologische und neuroanatomische Aspekte

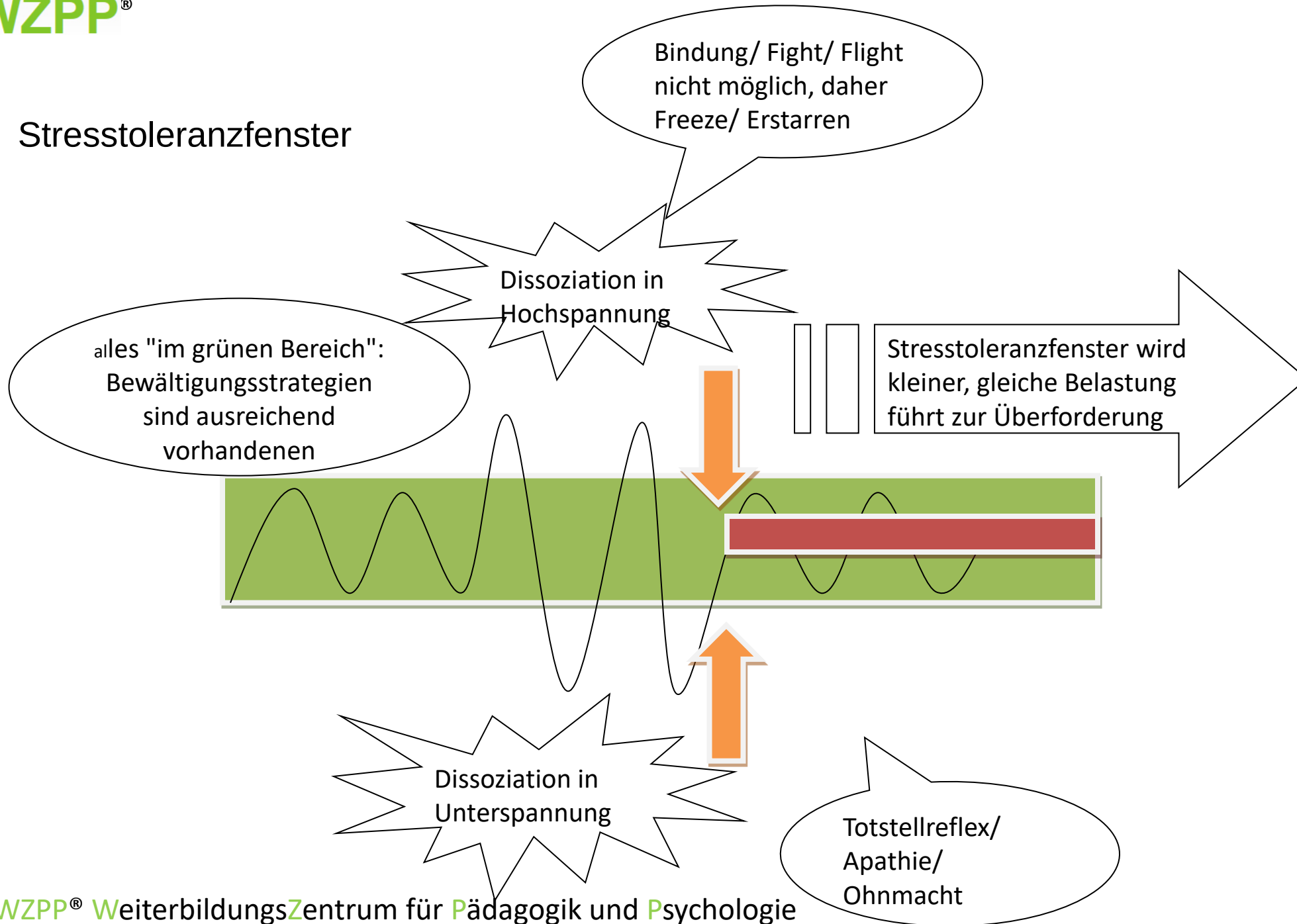
- Großhirnrinde: präfrontaler Kortex
- Mittlere subkortikale Ebene: limbisches System
- Untere subkortikale Ebene: Hirnstamm







Stresstoleranzfenster



Traumakompensatorisches Schema

Was ist darunter zu verstehen? Auch schon bei Babys?

Phase 2: Arbeit an der Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind

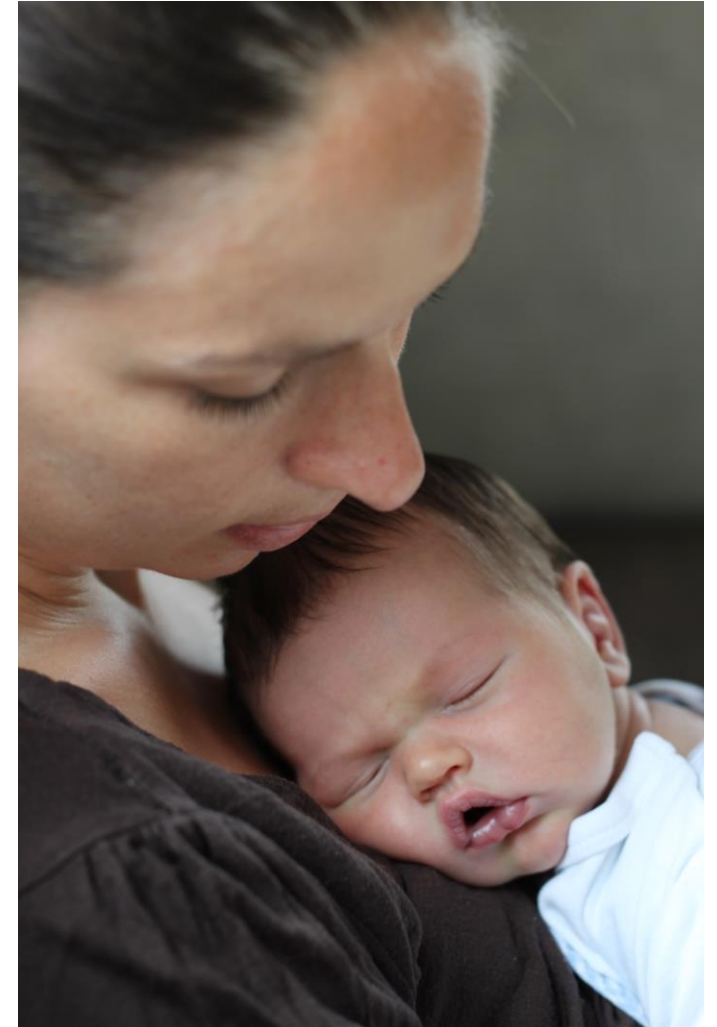
Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind

Ziel der Phase 2:

- Die Bezugspersonen werden als **sicherer Ort** wahrgenommen
- Sie sind in der Lage, **feinfühlig** und **co-regulativ im Kontakt mit ihrem Kind** zu sein
- Dies gelingt nur, wenn die **Phase 1 erfolgreich abgeschlossen** worden ist, die **Bezugspersonen** sich damit bzgl des traumatischen Ereignisses des Kindes im **Vagus-Nerv** befinden und **Alltagsbelastungen**, die die Bindung beeinträchtigen, **bearbeitet** worden sind.

Bindung

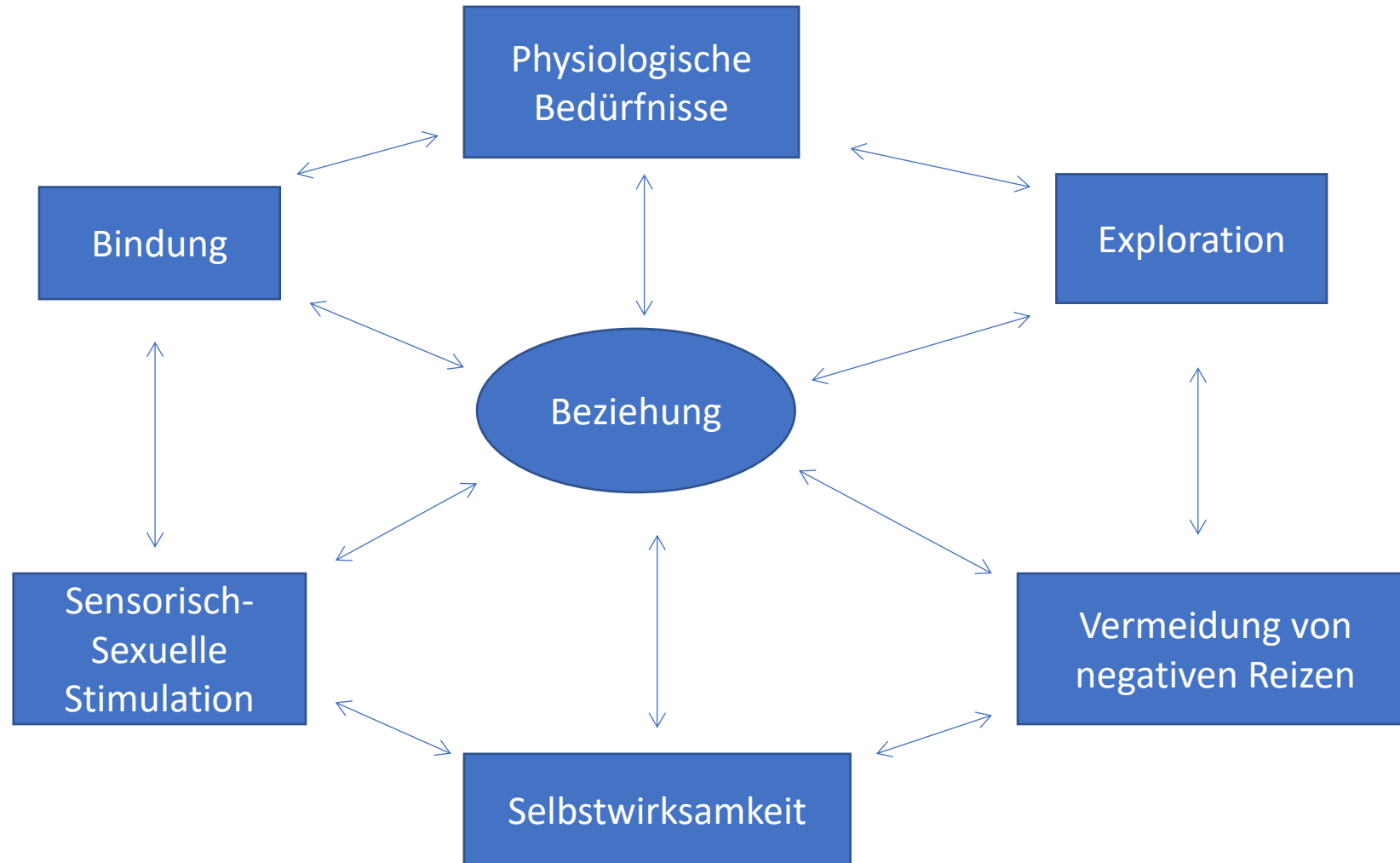
- Was ist Bindung?
- Welche Bindungsformen gibt es?
- Wie verhält es sich mit der Bindung im weiteren Lebensverlauf? Auswirkungen? Veränderbarkeit?



John Bowlby:

"Bindung ist das gefühlsgetragene Band, das eine Person zu einer anderen spezifischen Person anknüpft und das sie über Raum und Zeit miteinander verbindet."

Überlebenswichtige Systeme (nach KH Brisch München)



Bindung zum Überleben

- Bindung ist für das Leben so grundlegend wie Luft zum Atmen und Ernährung
- Die emotionale Entwicklung sichert das Überleben und die Entwicklung des Säuglings

Bindung ist Überlebensnotwendig. Menschen sichern sich damit von Beginn an (bereits im Mutterleib) das Überleben.

Ohne Bindung zu anderen Menschen würden wir an Marasmus (psychischer Hospitalismus) sterben. C.W. Hufeland berichtete bereits 1798, dass von 7000 Findelkindern in Paris nach 10 Jahren trotz ausreichender Pflege und Ernährung nur noch 180 leben würden.

1970 bestätigte Spitz, dass gerade Kinder zwischen dem 6.-11. Lebensmonat bei längerer Trennung von Bezugspersonen besonders gefährdet seien, eine anankilitische Depression zu entwickeln.

Misshandlungen erzeugen Angst und Verunsicherung, diese erhöhen wiederum das Bindungsbedürfnis. Zeitweilig liebevolles Verhalten des Täters bestärkt den Eindruck des Kindes, selbst böse gewesen zu sein.

Bei **häufigem Wechsel der Bezugspersonen** kann es keine sichere Bindung und somit keine konsistente Bindungsstrategie entwickeln. Bei häufigem Fehlen von Bemutterung kann ein Kind **schwerste Schäden durch Hospitalismus bis hin zum Tod durch Marasmus** (Protein- bzw. Energiemangel) erleiden (Spitz, 1996).

Vor Zeugung	Vor Zeugung	Pränatal/ Perinatal	Postnatal 0-2 LJ	Postnatal Ab 2 LJ
Gene	Epigenetik	Einfluss der Erfahrungen v.a. der Mutter und eigene während der SS/ Geburt	Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen	Erfahrungen mit erweiterten Bezugspersonen, Peer- Group
Gen-Umwelt-Reaktion, hier v.a. Einfluss der Allele	Unverarbeitete traumatische Erfahrungen bes. der Mutter bereits vor der Schwangerschaft	Hormone der Mutter, v.a. Cortisol der Mutter haben Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung des Kindes	Sehr hohe Feinfühligkeit der Bezugspersonen, Begleitung im Wahrnehmen, Zeigen und Co-Regulation von Emotionen (bes. Wut), Selbstwirksamkeitserleben	Weitere Prägungen durch Erfahrungen, kein deutlicher Effekt mehr auf die Ausbildung der Persönlichkeit
-> wie sensibel reagiert ein Mensch nach der Geburt auf verschiedene Reize, v.a. bzgl Oxytocin, Dopamin, Serotonin. Noradrenalin, Cortisol	-> ähnlicher Effekt wie eine schwere Traumatisierung während der SS		-> kann die ersten drei Punkte bei optimalen Bedingungen deutlich abmildern	-> Korrekturen sind durch längere Psychotherapie (möglichst integrativ) möglich, Kurzzeittherapie zeigt keinen nachhaltigen Effekt
-> Temperament				

Gene

- Je nach Genvariante funktionieren Stoffe mehr oder weniger effektiv und geben damit ein **individuelles Gesamtbild für die Persönlichkeit**
- **Pränatal:** Stresshormone der Mutter „programmieren“ die Stresssysteme des Kindes (**epigenetische Mechanismen**)
- **Postnatal: Einfluss der Feinfühligkeit** der Bezugspersonen in den ersten zwei LJ

Dadurch individuelle Unterscheidung beim Menschen:

- **Welche Art von Reizen** wird als Stress empfunden
- **Wie ausgeprägt und anhaltend** die genannten Phasen sind und damit wie **emotional oder rational der Umgang mit Stresssituationen** ist
- **Intensität der Stressreaktionen**

Stoffe/ Hormone

- Stressbewältigung -> Cortisol, Noradrenalin
- Selbstberuhigung -> Serotonin
- Umgang mit Belohnungen -> Dopamin, Opioide
- Impulshemmung -> Serotonin
- Bindungsfähigkeit -> Oxytocin, Opioide
- Risikobewertung -> Acetylcholin, Cortisol

Stresssituation

1. Phase: Cortisolausschüttung

- > fördert Umgang mit stressigen Situationen
- > Kampf/ Flucht; erhöhte Leistungsbereitschaft

2. Phase (ca eine Stunde später)

- > erster Rezeptortyp ist besetzt, das Cortisol bindet sich an einen anderen Rezeptortyp und **hemmt die limbischen Hirnbereiche**, deren Aktivität in der ersten Phase zuvor gefördert hat + **weitere Freisetzung von Cortisol wird gehemmt** (Feedback-Hemmung)
- > wir können **flexibel nachdenken, bewerten und daraus für die Zukunft lernen**

Basale Cortisolfreisetzung in Ruhesituationen besonders am morgen

- > hilft alltägliche kleinere Herausforderungen gut zu bewältigen

Serotonin

-> Hemmt Gehirnstrukturen, die für Grübeleien und Tagträumen verantwortlich sind -> **wir lassen gedanklich los**

-> Je nach Stresserleben in der frühen Kindheit + bestimmte Genvariation werden **unterschiedliche Mengen Serotonin** ausgesetzt

-> Da Serotonin auch für die Ausdifferenzierung und Synapsenbildung junger Nervenzellen verantwortlich ist, hat eine **unterschiedliche frühe Konzentration Auswirkungen auf die Entwicklung und Funktionen im Gehirn**

-> **Eine frühe erhöhte Serotoninkonzentration auf Grund frühen Stresserlebens führt später zu einer verringerten Serotoninfreisetzung (damit mehr Grübeln etc.)**

Serotonintransporter

S-Allel: Menschen reagieren empfindsamer auf negative emotionale Reize (Orchideenkind)

S-Allel + frühes Trauma = Depressionen

-> Bestimmte Genvariation + frühe Stresserfahrungen beeinflussen die spätere Fähigkeit zur Selbstberuhigung und erhöhen damit das Risiko für Depression und Angststörungen

Serotonin

**L-Allel: reagieren weniger auf negative emotionale Reize,
zielorientierter (Löwenzahnkind)**

L-Allel + frühes Trauma = Gefühlskälte

Endorphine (Opioide)/ Dopamin

- > Belohnung, das „Mögen“ -> Ausschüttung von Endorphinen**
- > Belohnungserwartung, das „Wollen“ -> Dopamin**
- Dopamin hilft beim Belohnungsaufschub (Marshmallows-Test)**
- > Frühe Erfahrungen beeinflussen die Wirkung des Dopamins und damit die individuelle Neigung, auf längere Belohnungen hinzuarbeiten**
- > Moderate Stresserfahrungen -> vermehrtes Streben nach Belohnungen**
- > Extreme frühe Stresserfahrungen -> beeinträchtigte Motivation auf ein Ziel hinzuarbeiten**

Dopamin

Das Gen für den Dopaminrezeptor D4 (DRD4) kann in verschiedenen Varianten vorliegen: wichtig für Antrieb und Impulsivität

→ 7R-Variante: im Alter von 4 Jahren mehr aggressives Verhalten, insgesamt angetriebener, impulsiver, dynamischer

→ 7R + frühes Trauma = Impulsivität, Aggressivität, ADHS

Hemmung von Impulsen

- **Körperlich aggressives Verhalten gipfelt im Alter von 2-4 Jahren**
- Der mediale präfrontale Cortex (mPFC) ist verantwortlich für die Impulskontrolle im limbischen System
- **Frühe Stresserfahrungen** bewirken
 - **Verminderte Serotoninfreisetzung und damit eine Beeinflussung der zuständigen Hirnzentren**
 - > **Serotonin hemmt Verhaltensreaktionen** (nicht die Neigung zu Aggression, sondern die Neigung der Aggression Ausdruck zu verleihen) und fördert Passivität
 - **Weniger gute Kommunikation zwischen mPFC und Amygdala**

Oxytocin

- Wird während Geburt, Stillen, Kuscheln, Berührungen, vertrauensvollen Gesprächen, Gefühl der Verbundenheit etc. ausgeschüttet
- **Wirkung:**
Motivation, Bindungen einzugehen und aufrechtzuerhalten, in soz Beziehungen Entspannung finden (Stresshemmung), soziale Signale anderer aufzugreifen, uns auf andere „einschwingen“ können

Oxytocin

-> **Sichere Bindung:**

- Im sozialen Kontakt **zuverlässig Oxytocin-Schub** -> angemessene Anzahl von Rezeptoren bilden sich aus, um reagieren zu können
- Im weiteren Verlauf auch **langfristig ausreichend Rezeptoren**, so dass es den Menschen gelingt über Bindungserfahrungen Stress abzubauen

-> **Bleibt die positive Bindung aus** -> Oxytocin-System wird heruntergefahren

Oxytocin

-> Frühe negative Bindungserfahrungen

- **Verringerte Oxytocinkonzentration** je größer Anzahl, je länger und je schlimmer die frühen Stresserfahrungen waren
- Ebenso reagierten **früh vernachlässigten Kindern**, die bereits länger in einer Adoptivfamilie lebten, im Gegensatz zu anderen Kindern auf Körperkontakt mit der Bezugsperson nicht mit einer erhöhten Oxytocinfreisetzung
- Des Weiteren wird die **stresshemmende Wirkung von Oxytocin** (Verminderung der Cortisolfreisetzung) durch die frühen Stresserfahrungen **beeinträchtigt** (geringere Bildung von Rezeptoren) und dadurch eine **erhöhte Stressempfindlichkeit** begünstigt

Oxytocin

-> **Langfristige Unterfunktion** des Oxytocin-Bindungssystem

-> Geringere Oxytocinausschüttung

-> Beeinträchtigte Wirkung bzgl

- Motivation, Bindungen einzugehen
- Fähigkeit, in Bindungsbeziehungen Entspannung zu finden
- Fähigkeit, soziale Botschaften wahrzunehmen und treffsicher zu entschlüsseln

Wahrnehmung von Gefühlen

- > Erfordert die Kommunikation zwischen Amygdala und mPFC
- > **Sichere Bindungserfahrungen fördern die Kommunikation** (durch Mentalisieren, Spiegeln und Co-Regulieren)
- > **frühe Stresserfahrungen schränken die Kommunikation ein** (worst case: Gefühlsblindheit)

Wahrnehmung von Gefühlen

-> **Gefühlsblindheit = Alexithymie**

- Schwierigkeit, Gefühle zu identifizieren, zu beschreiben und auszudrücken
- mPFC zeigt ein geringeres Volumen auf und reagiert weniger auf emotionale Reize

Ursachen:

- > Emotionale Vernachlässigung
- > Aber auch Autismus-Spektrum (OHNE frühe Stresserfahrungen)

**Pränatale Erfahrungen beeinflussen bereits die spätere
Stressreaktion!**

Auswirkungen von pränataler Stress (bes 2. Trinom)

- Verändertes Verhalten von Neugeborenen bis zum Kleinkindalter
- Auffälligkeit im Temperament
- Externalisierende und Angststörungen
- Mangel an Unabhängigkeit
- Störung des Sozialverhaltens
- Atypische oder gemischte Händigkeit
- ADHS Symptomatik inkl Impulsivität
- Entwicklungsverzögerungen inkl Intelligenzminderung

Pränatal:

frühe Stresserfahrungen (erhöhter Cortisolspiegel, aber auch Ängste, Depression) der Mutter haben Auswirkungen auf die **intrauterine Gehirnentwicklung des Kindes (bes. 12-22 SSW)** –

so sind diese **Kinder unruhiger, reagieren schneller mit Stresshormonen, reizoffener, reagieren verstärkter auf angstmachende Reize (neutrale und positive werden eher ausgeblendet), können sich schlechter konzentrieren** – dies hat Auswirkungen bis zum Erwachsenenalter

-> „schwieriges Temperament“

Risikofaktoren: pränatale Faktoren

-> **Synthetisches Cortisol** durch z.B. Lungenreifungsspritze

-> Beim Kind erhöhte Cortisolfreisetzung, ablenkbarer und hyperaktiver

Fötale Programmierung durch pränatal erhöhte Cortisolwerte

-> Epigenetische Mechanismen:

Gene des Stresssystems werden epigenetisch markiert und bilden damit die Grundlage für einer langfristig veränderte Cortisolfreisetzung

Auswirkungen auch auf die **gesamte Gehirnentwicklung** des Kindes:

- das Kind ist schneller und häufiger gestresst, die **Stressachse im Gehirn ist hyperaktiv**
 - Bei chronischem Stress abgeschwächte Cortisolreaktion auf psychosoziale Stressoren
- Cortisol fördert zudem den Zelltod, hemmt das Zufriedenheitshormon Serotonin und bedingt einen erhöhten Blutdruck (mehr Schlaganfälle/kürzere Lebenserwartung)
- **Erhöhte Entzündungsmarker** wie CRP im Blut durch geringgradige Entzündungen im Körper (höheres Risiko für Schlaganfälle und Krebs durch bleibende Schäden in den Zellkernen)

Auswirkungen auch auf die **gesamte Gehirnentwicklung** des Kindes:

- **Übertriebene amygdalare Reaktion** auf emotionale negative Stimuli
- **Vermindertes hippocampale Volumen**
- Der **präfrontale Kortex** (zuständig für Impulskontrolle, Handlungsplanung und Langzeitgedächtnis) kann sich **nicht ausreichend gut entwickeln** (Veränderung in den Strukturen, geringere weisse Substanz)
- **Defizite im IQ**

aktuelle Forschung: **erhöhtes Risiko für Demenz im Alter durch schnellere Alterung des Gehirns (Verkürzte Telomere)**

Folgen...

- **Verstärkte Wahrnehmung von bedrohlichen Reizen und weniger der beruhigenden Reize**
 - **Besondere Stressreaktion auf neutrale Mimik (still face)**
- **Schnelleres „gestresst sein“, d.h. vermehrtes schreien, Schlafstörungen, Regulationsstörungen, Fütterungsstörungen**
- **Geringeres feinfühliges Spiegeln/ Mentalisieren durch die Bezugspersonen**

Folgen...

- **Urvertrauen kann schwerer entwickelt werden** (keine Verinnerlichung von hinreichend guten Objekt- und guten Selbstrepräsentanzen)
- damit auch **Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Differenzierung der eigenen Gefühle, der Körperwahrnehmung und der Selbstberuhigung** (Folge keine bzw geringere Empathiefähigkeit)

Bei **besonders schwerer (emotionaler/ seelischer) Vernachlässigung**:

- **Resignation/ Apathie** (emotionaler Rückzug ins Innere, Abspaltung des Anteils mit Bedürfnissen, Verlust des Vertrauens in die Umwelt)
 - Bilden von **inneren Ego-States, Täterintrojekten (Identifikation mit dem Aggressor)** oder sogar Entwicklung einer **Dissoziativen Identitätsstruktur (DIS)**

Bonding und Attachment: was ist das?

Das Bedürfnis des Kindes nach Liebe und Geborgenheit drückt sich in einem **Bindungsverhalten des Kindes (Attachment)** aus, das sich besonders in Stresssituationen aktiv zeigt. Innere (Hunger, Müdigkeit, Angst) und äußere (Trennung von der Bindungsperson, Gefahr, Schmerz) **Stressoren aktivieren das Bindungsverhalten des Kindes und das Kind signalisiert den Bezugspersonen damit, dass es Hilfe, Schutz und Unterstützung benötigt. Damit sichert das Baby sich intuitiv sein Überleben** (Brisch, 2014, Cierpka et al., 2014).

Komplementär zum Bindungsverhalten der Kinder zeigt sich in Wechselbeziehung das Pflegeverhalten der Bezugspersonen (bonding). Im Kontakt mit den Bezugspersonen entsteht in den ersten zwölf Monaten das unsichtbare Band der Bindung zwischen dem Kind und einer oder mehreren Bezugspersonen, das das Überleben des Babys sichert.

„normale“ Bindung

Bindungsverhalten
aktiviert

Exploration
aktiviert

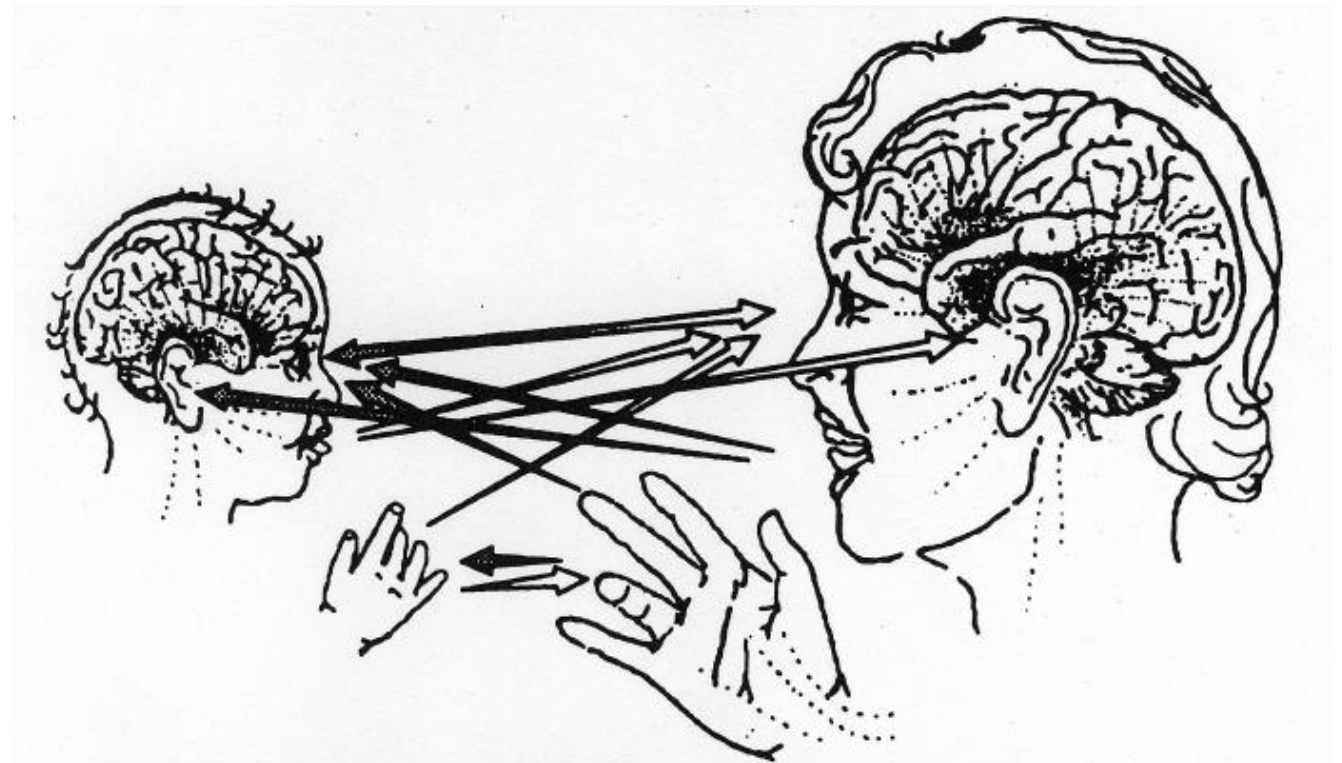
Stress

Entspannung

Bindungsverhalten
ruht

Exploration
ruht

Die Bindungsqualität zwischen Kind und Bezugspersonen hängt in erster Linie von der **Feinfühligkeit des Pflegeverhaltens der Bezugspersonen** ab. Unter Feinfühligkeit wird die Fähigkeit von Bezugspersonen verstanden, die Signale des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren, entwicklungs- und situationsangemessen, sowie prompt darauf zu reagieren. Eine sichere, feinfühlige Bindung ermöglicht dem Baby im besten Fall das Erlernen von Affekt- und Selbstregulierung und wirkt sich als festes Fundament für die weitere Entwicklung des Kindes aus



Neue Studien aus der pränatalen Psychologie und Neurobiologie zeigen, dass ein **feinfühliges Bindungsverhalten** bereits während der Schwangerschaft von großer Bedeutung ist und nachhaltige Wirkung zeigt.

Nach der Geburt erkennt das neugeborene Kind seine Mutter wieder und bevorzugt sie vor anderen Personen. Beobachtungen lassen aber vermuten, dass, wie es auch Bowlby beschreibt, in den ersten sechs Lebensmonaten die Mutter durch weitere feinfühligke Bezugspersonen leichter ergänzt werden kann.

Nach Bowlby und Ainsworth können sich beim Kind vier verschiedene Bindungsstile im Laufe der Zeit ausbilden. Welcher Bindungsstil sich ausbildet, hängt vom Verhalten und Bindungsstil der Bezugspersonen ab.

Diese Bindungsstile zeigen sich in der Regel bis in das hohe Lebensalter stabil und werden über das eigene Verhalten, der eigenen Feinfühligkeit gegenüber dem Kind an nachfolgende Generationen weitergegeben

Feinfühligkeit zur Co-Regulation

Durch Synchronität (und Berührung) wird Oxytocin ausgeschüttet

➔ Abbau von Cortisol

➔ Entwicklung von Stressregulationsfähigkeiten

➔ Epigenetische Prägungen können aufgehoben werden

➔ Therapie-Beziehung; Eltern-Kind-Beziehung (wenn diese durchgehend (!) positiv und feinfühlig ist)

Resilienz

Bestimmte Genvarianten bilden Resilienzfaktoren

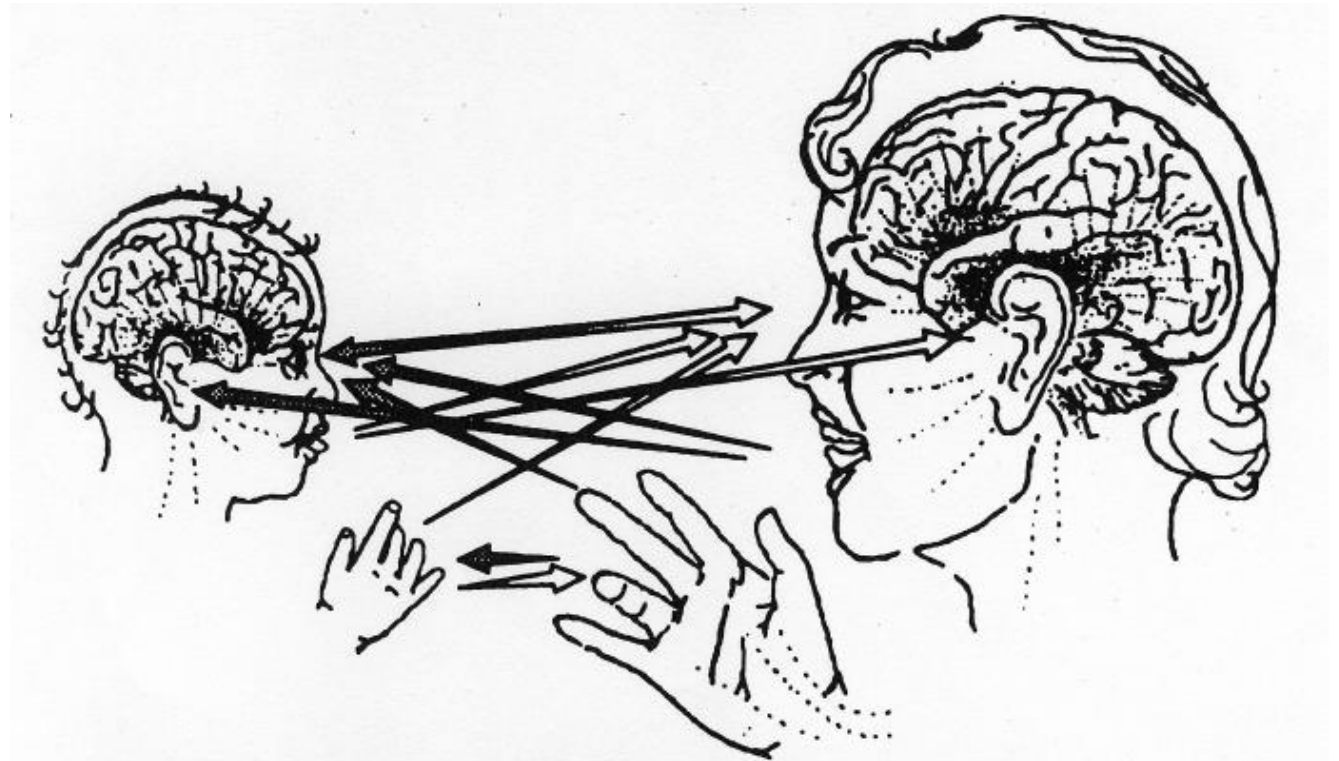
-> Eine bestimmte **Genvariante des Oxytocin-Rezeptors** führt dazu, dass diese Menschen eher optimistischer sind, über ein größeres Selbstwertgefühl verfügen, überzeugt sind, auf ihre Umwelt einwirken zu können und selbstverantwortlich für ihr Verhalten zu sein

Pränatale Erfahrungen haben Einfluß auf die
Temperamentsentwicklung

-> **Unterscheidung Löwenzahn- oder Orchideenkinder**

Was steigert die Resilienz?

-> **Sichere Bindungserfahrungen**, d.h. hochfeinfühligke Bezugspersonen, die situations- und altersangemessen auf die Wünsche und Bedürfnisse des Kindes reagieren



Merkmale für Feinfühligkeit

- Verhalten
- Sprache
- Blickkontakt
- Rhythmus
- Berührung

Bezugsperson muss die Signale des Kindes

- wahrnehmen
- richtig interpretieren
- angemessen reagieren
- prompt reagieren

Sprachliche Interaktion

- begleitetes Sprechen
- Mentalisieren
- Handlungszusammenhänge benennen
- Co-regulation

Rhythmus in Sprache und Handlungen

Sichere Bindung:

- wechselseitige Abstimmung zwischen Bezugsperson-Kind in Sprache und Handlungen
- Korrektur bei Missverständnissen

Unsichere Bindung:

- über-synchrone Interaktion und Kommunikation
- absolut asynchrone Interaktion

Blickkontakt

- gelungene Abstimmung fördert sichere Bindung

Berührung

- feinfühlige Berührungen fördern sichere Bindung (Oxytocin Ausschüttung)

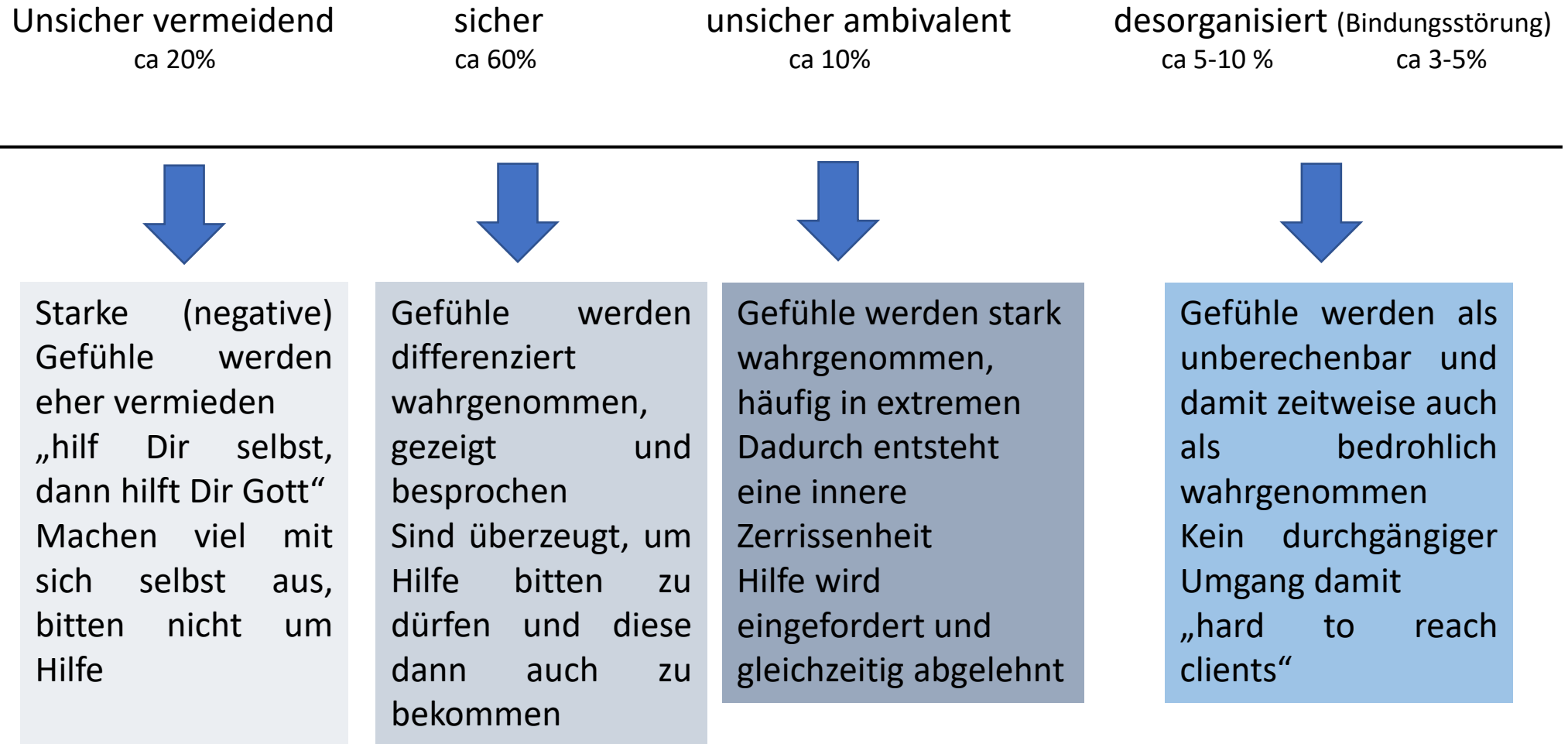
Blick auf die Bezugspersonen

- Feinfühligkeit
- emotionale Verfügbarkeit
- Aufarbeiten eigener Traumata vor Schwangerschaft
- Bereitschaft eigene Traumata im Rahmen einer Psychotherapie aufzuarbeiten
- Ressourcen

Traumatisierte Eltern können später durch Schreien ihres Säuglings bzw dem Gefühl der Hilflosigkeit getriggert werden, da dies an den eigenen einst erlittenen traumatischen Schmerz erinnert. So können bei den Eltern dissoziative oder traumaspezifische Verhaltensweisen ausgelöst werden.

Dies kann die Feinfühligkeit der Bezugspersonen (zeitweise) deutlich beeinträchtigen.

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!



Bindungsmuster des Kindes	Sicher (B)	Unsicher-Vermeidend (A)	Unsicher-Ambivalent (C)	Desorganisiert (D)
Häufigkeit des kindlichen Bindungsmuster i. d. Allgemeinbevölkerung	50-60%	30-40%	10-20%	Ca. 15%, bei misshandelnden Eltern ca 48-77%
Bindungsmuster der Mutter	Autonom (F = free to evaluate)	Abweisend, beziehungsabwehrend (D = dismissing)	Verstrickt, beziehungsüberbewertend (E = enmeshed)	Unaufgelöstes Trauma (U = unresolved)
Häufigkeit des mütterlichen Bindungsmusters i. d. Allgemeinbevölkerung	55-57%	15-16%	9-11%	17-19%

Bindungsmuster des Kindes	Sicher (B)	Unsicher-Vermeidend (A)	Unsicher-Ambivalent (C)	Desorganisiert (D)
Bindungs-geschichte der Mutter	Breite Affektpalette	Idealisierung der Eltern ohne Erinnerungen	Überflutet von Erinnerungen, unverarbeitete Negative Erfahrungen	Verluste vor dem 14. LJ/ nach der Geburt des Kindes, Traumatisierungen
Bindungs-repräsentanz der Mutter (im AAI)	Kohärent, integriert	Fehlende Kohäsion	Keine Ordnung und Struktur, Abstraktion	Anzeichen fehlender Trauerarbeit
Mütterliches Verhalten gegenüber dem Kind	Vorhersagbar, angemessen, einfühlsam	Vorhersagbar, unangemessen, Hilfe ablehnend, Freude ermutigend	Unvorhersagbar, unangemessen	Gelegentliche „Absenzen“, furchterregend, angsterfüllt

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!

Unsicher vermeidend



Gefahr einer Entwicklung von Depression, Burn-Out, Zwang, Ess-Störung, Schizophrenie am größten

sicher



Geringstes Risiko zur Entwicklung einer Psychopathologie

unsicher ambivalent



Gefahr der Entwicklung von Angststörungen (Trennungsangst, soziale Phobie, generalisierte Angststörung)

desorganisiert
(Bindungsstörung)



Größtes Risiko für die Entwicklung einer Psychopathologie, besonders Störungen des Sozialverhaltens, Persönlichkeitsstörungen

Anamnese der Bezugspersonen und dem Kind

- Ggf Ressourcen-/ Traumalandkarte
- Ggf Genogramm
- Ggf AAI: Adult Attachment Interview
- Immer: Ausführliches Interview über die Lebensgeschichte der Bezugspersonen (im Blick auf Kinderwunsch/ Familienplanung), der Schwangerschaft (pränatal), die Geburt (perinatal) und der Zeit nach der Geburt (Postnatal)

Kontakt zwischen Bindungsperson und Kind

Wie wird das Kind erlebt?

Gibt es Zuschreibungen für das Kind? Positiv oder negativ?

Wie erklären sich die Bezugspersonen das Verhalten des Kindes?

Wie kann das Kind getröstet werden? Und von wem?

Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Menschen?

Was kann im direkten Kontakt zwischen der Bezugsperson und dem Kind beobachtet werden? (Blick-, Körperkontakt, Sprache, Umgang etc.)

Können die Bedürfnisse des Kindes richtig wahrgenommen und gedeutet werden?

Wie ist die Feinfühligkeit der Bezugsperson einzuschätzen?

Wie sind folgende Situationen: spielen, füttern, schlafen, wickeln, Stresssituationen?

Je nach Bindungsstil:

Arbeiten an der Mutter-Kind-Bindung mit Unterstützung von Videomaterial, Modell-Lernen, Übersetzen der Bedürfnisse des Kindes. Dabei ist besonders wichtig, die Selbstwirksamkeit der Bezugspersonen wieder zu erhöhen, das Gefühl selbst das eigene Kind beruhigen zu können und nicht „zu versagen“. Häufig benötigen die Eltern vorab Fähigkeiten zur Selbstregulierung bzw. die Bearbeitung ihrer eigenen Traumata.

Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind

Methode:

- Bearbeitung von **Alltags-Triggersituationen** mit I.B.T.® mit den Bezugspersonen und später auch mit dem Kind und Bezugsperson
- Ggf ergänzend Modell-Lernen, Video-Feed-Back, Feinfühligkeits-Training mit den Bezugspersonen, Empfehlung früher Hilfen...

Bei bindungstraumatisierten Kindern:

- **Phase 1: Bezugspersonen (z.B. Pflegeeltern)**

- Fakten auf der Metaebene sammeln; ab wann sind gesicherte Informationen vorhanden
- Symptome im jetzt in Zusammenhang mit den Ereignissen stellen (stressorbasiertes Erklärungsmodell/ Psychoedukation)
- Der Bezugsperson wird die Lebensgeschichte des Kindes aus Sicht des Kindes berichtet; bei Belastungen bilaterale Stimulierung -> Ziel: Mitfühlen, aber kein Mitleiden
- Danach: Phase 1 zu der eigenen Geschichte mit dem Kind

Bei bindungstraumatisierten Kindern:

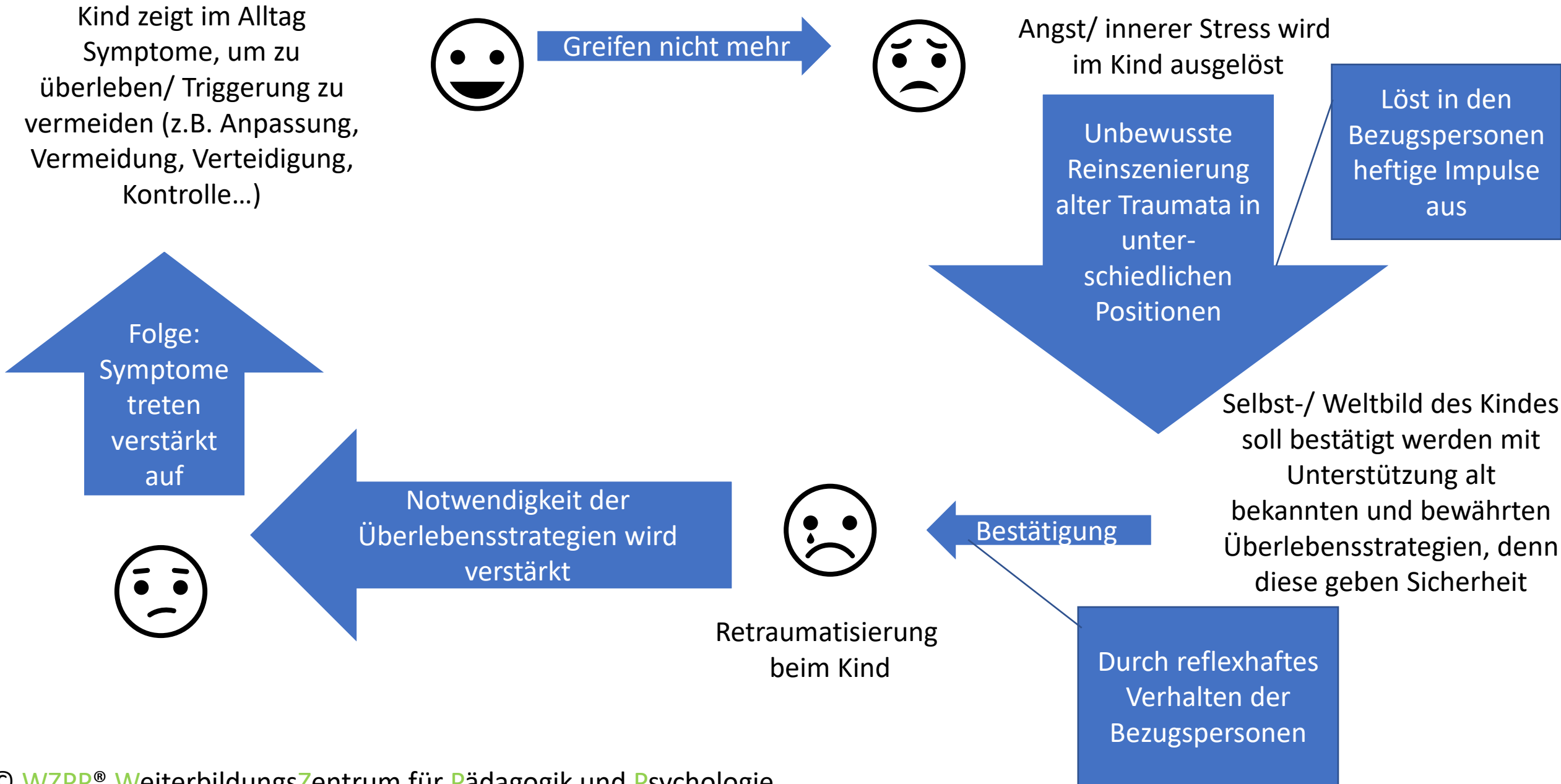
Phase 2: Bindung

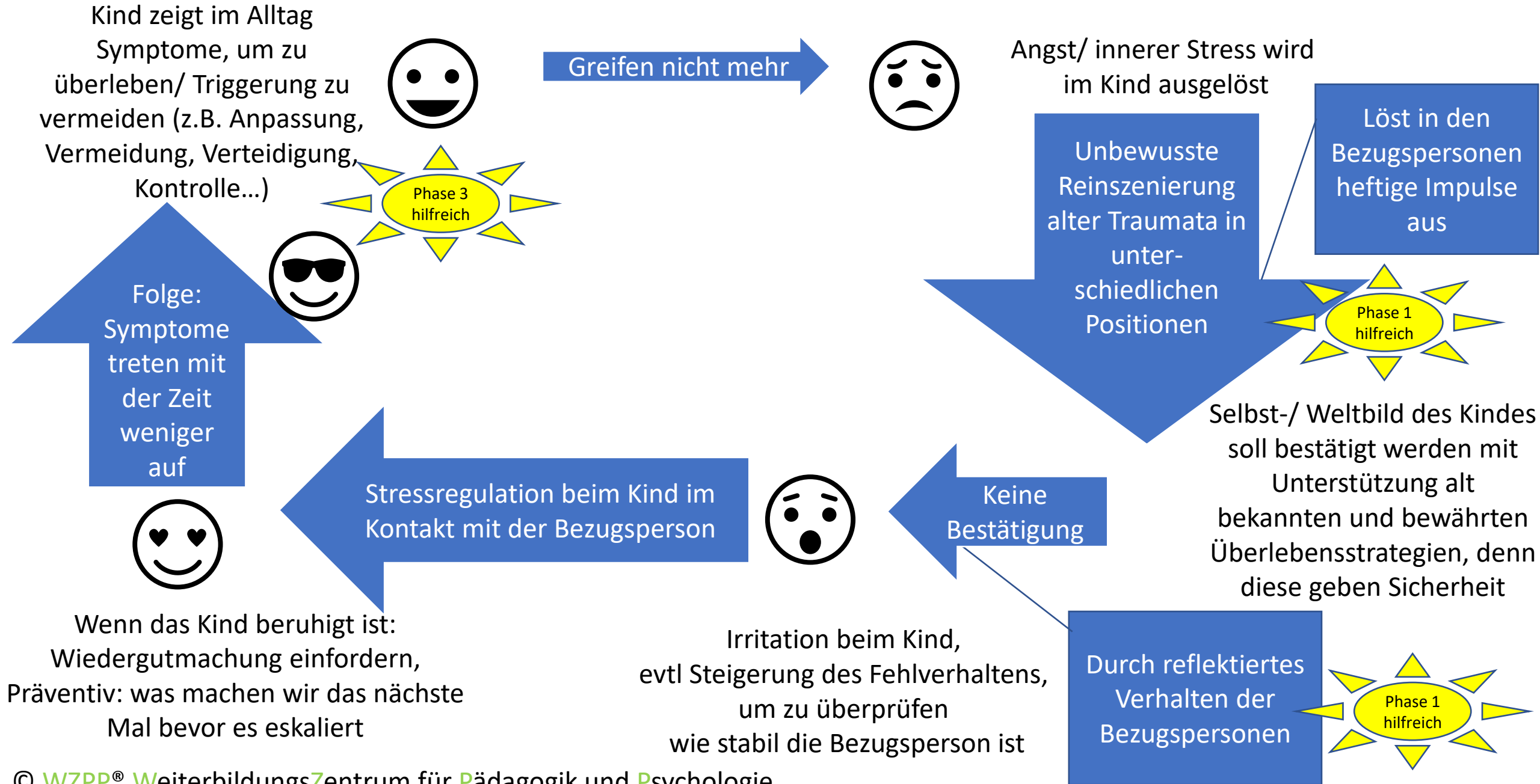
- Hier ist es wichtig **zuerst an Triggersituationen mit der Bezugsperson** zu arbeiten, um **reflektiertes Verhalten** dieser zu ermöglichen (Bindungsfördernd)
- Auch mit dem Kind sollten zuerst **Triggersituationen zur Stabilisierung** durchgearbeitet werden
- **Erst danach** kann nach und nach die **Lebensgeschichte mit dem Kind in Phase 3** aufgearbeitet werden (zuerst im großen Überblick für die Kohärenz, später Detail-Situationen)

Bei bindungstraumatisierten Kindern:

- **Phase 3: Lebensgeschichte mit dem Kind**

- Zuerst großer Überblick “von gut bis gut“
- Belastungen nur „kurz“ benennen – Kohärenz steht im Vordergrund
- Symptome im jetzt in Zusammenhang mit den Ereignissen stellen (stressorbasiertes Erklärungsmodell/ Psychoedukation)
- Danach „einzelne Folgen“, d.h. einzelne Belastungssituationen werden vertieft bearbeitet
- Zwischen den Sitzungen: Gestaltungsmaterial dem Kind anbieten, um Intrusionen festzuhalten -> können dann in weiteren Sitzungen bilateral bearbeitet werden





Reflektiertes Vorgehen:

1. Starkes Empfinden/ Handlungsimpuls/ Körperreaktion/ Gedanken wird im Kontakt mit dem Gegenüber wahrgenommen
2. Frage an sich selbst: hat dies etwas mit meiner eigenen Lebensgeschichte zu tun?
- 3.1 Ja: Stressregulation, Selbsterfahrung, eigene Therapie, Tresorübung, sicherer Ort
- 3.2 Nein: es hat etwas mit der Lebensgeschichte meines Gegenübers zu tun

3.2.1 Übertragung/ Projektion

3.2.1 Ist er angetriggert? Wie alt fühlt er sich an?

3.2.2 Verbindung zum Bindungsstil des Gegenübers

Generell: Die Symptomatik wird als Überlebensstrategie angesehen!!!

4. Stressregulation des Gegenübers über Beziehung/ Kontakt

Hier: keine Konsequenzen im Hochstress!

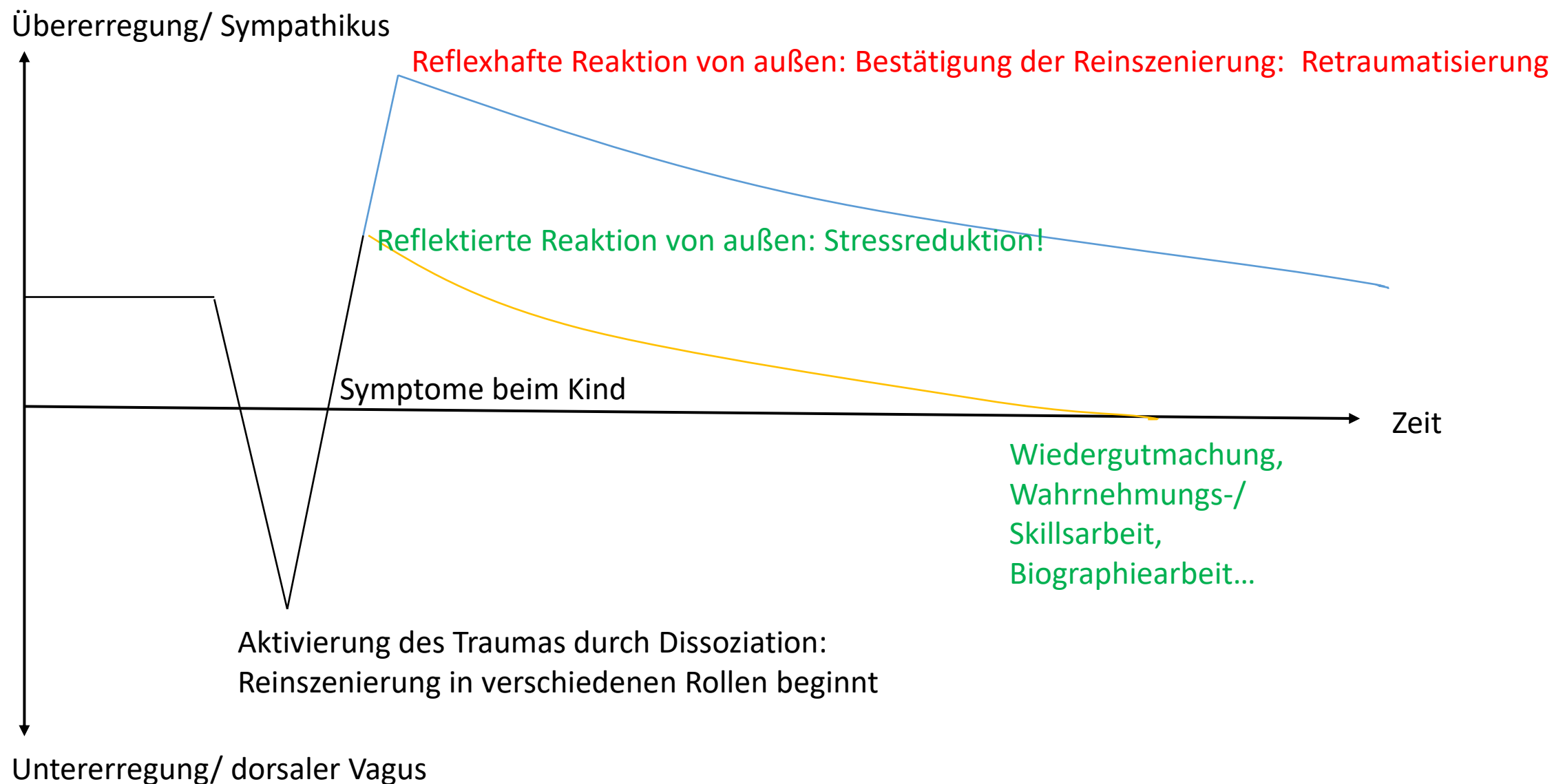
5. Reflektion: Was für eine Überlebensstrategie steckt unter der Symptomatik?

Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun?

Triggerdiskrimination/ Einüben von Stressregulationsstrategien

Dies führt zu mehr Bewusstsein über sich Selbst

6. Wiedergutmachung ist obligatorisch!



Wie können wir „beruhigend“ eingreifen?

Eigene Reaktivität stoppen!

- eigene Achtsamkeit, um den eigenen Stresslevel rechtzeitig zu erkennen
(Achterbahnmetapher)
- Selbstberuhigungstechniken – hilft auch beim Gegenüber über die Spiegelneuronen (**Modell-Lernen**)
- mittelfristig: **eigene Trigger in der Lebensgeschichte kennen** (und evtl. selbst integrieren)

Unseren Gegenüber regulieren (im High-Level ist kein Gespräch möglich)

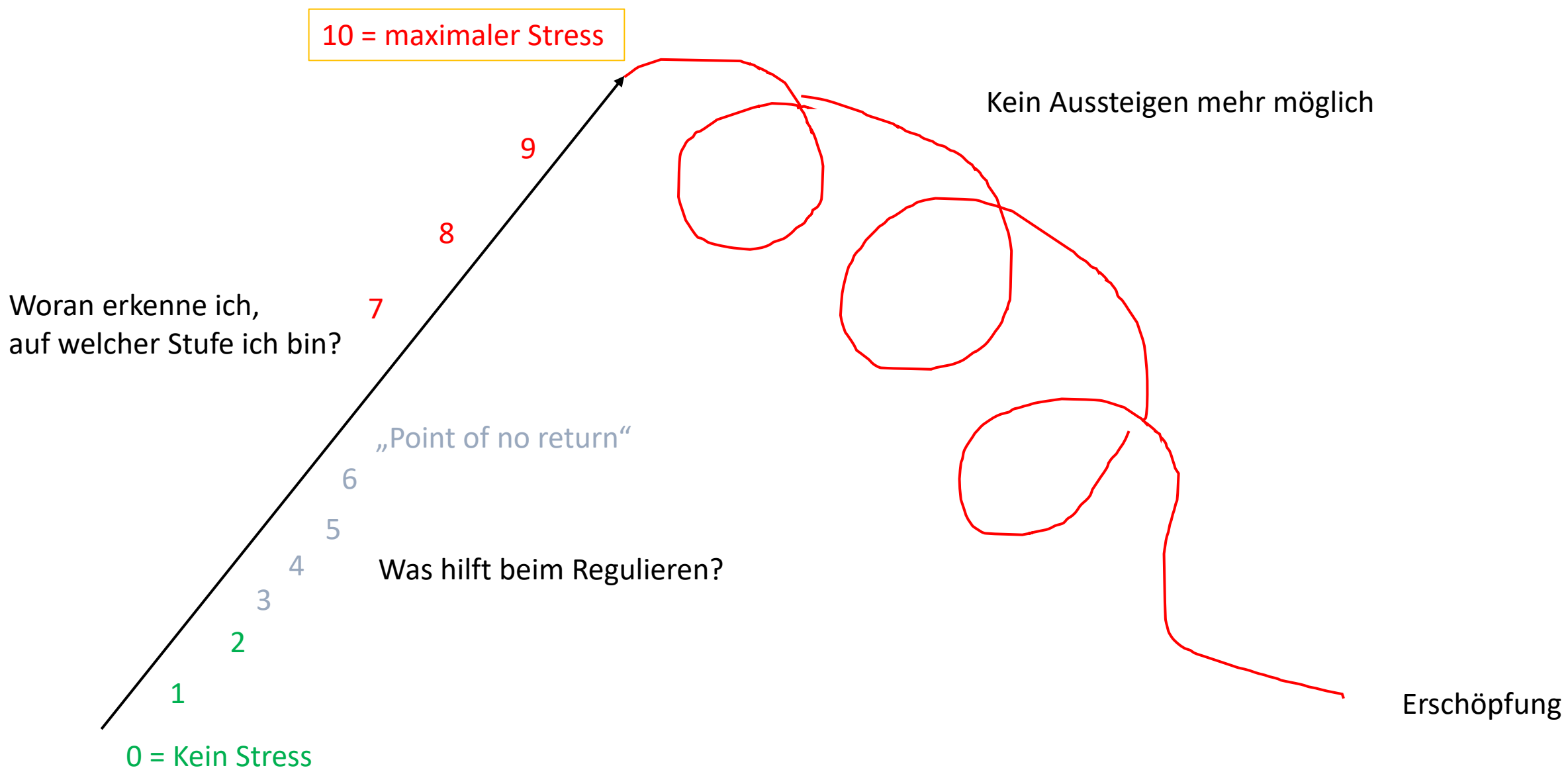
- auf Ich-Ebene: authentisches Gegenüber sein, d.h. „Ich sehe, dass Du unglaublich wütend bist. Ich bin auch wütend! Lass uns schauen, was wir mit unserer Wut machen – dann können wir reden.“
 - Synchronisation limbisches System-Präfrontaler Cortex (pacing)
- auf Sach-Ebene: möglichst ruhige Reaktion, neutral und objektiv, aber mit Mimik!!, d.h. „Ich sehe, dass Du wütend bist. Was würde Dir jetzt helfen, weniger wütend zu sein?“
 - raus aus dem limbischen System, rein in den Präfrontalen Cortex (leading)

➤ **Bezug zu Lebensgeschichte** (bei Reinszenierung), d.h. „Du kannst es gerade schwer aushalten, dass es so schön ist. Das hat irgendwas mit Deiner Lebensgeschichte zu tun. Ich halte das jetzt mit Dir aus und mache jetzt nicht das, was Du eigentlich von mir erwartest.“

- Rolle des „empathischen Zeugen“
- hier keine Konsequenzen verhängen
- weniger reden, ist häufig mehr
- emotional verfügbar sein, gemeinsames aushalten, Skills zur Selbstberuhigung anbieten

Ungünstig wäre...

- Reaktion auf der Beziehungsebene, d.h. es persönlich nehmen und mit Du-Botschaften reagieren „Du willst mich ärgern!“
- Verhalten als Appell wahrnehmen „Der will doch nur Aufmerksamkeit!“ „Der will bestimmen!“
- Konsequenzen in diesem Moment aussprechen (v.a. wenn sie nicht durchgesetzt werden können und/ oder irrsinnig sind)



Stufe 0-2 = kaum Stress = Symptome?

Stufe 3-6 = ansteigender Stress = Symptome = was hilft?

Stufe 7-10 = großer Stress = Symptome = Stressregulation sehr schwierig....

Ab Stufe 10 = keine Stressregulation mehr möglich.... Aushalten und Schaden begrenzen

➤ woran erkennen wir unsere eigenen Stressebenen und was tun wir selbst?

Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind

Wird das Ziel von Phase 2 nicht oder nur bedingt erreicht:

- Nicht erreicht:
 - Steht eine **weitere Bezugsperson als Alternative** zu Verfügung? -> dann wird mit dieser weitergearbeitet
 - Wenn nein -> Therapieempfehlung an die Bezugsperson und nur Stabilisierung mit dem Kind ist möglich
- Bedingt erreicht:
 - **Therapeut*in übernimmt die Rolle der Bezugsperson** in Anwesenheit der Bezugsperson und unter Einbeziehung dieser (Modell-Lernen)
 - Therapieempfehlung an die Bezugsperson, um eine sekundäre Traumatisierung des Kindes vorzubeugen

Phase 3: Traumaintegratives Arbeiten direkt am Kind

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).

Grundprinzipien der Traumabehandlung

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



Grundhaltung des Therapeuten

„Ich werte nie, ich bewundere nur. Und ich arbeite mit einem offenen Herzen: Wenn ich meine Liebe zu den Menschen spüre, die zu mir gekommen sind, weil sie Hilfe suchen, dann weiß ich: Jetzt beginnt Heilung. Das gilt für erwachsene Menschen wie auch für Babys und Kinder“ (Renggli, 2013).

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).

Bedeutung von Ressourcen

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



Arbeit mit den Bezugspersonen vorab

- 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**

Techniken des Therapeuten

- Von Beginn an **Ressourcenorientiert**
- **Wertschätzung** und **Würdigung** der **bisherigen Lösungsversuche** der Bezugspersonen
- Anleiten, der Bezugspersonen den Blick „weg von dem was belastet“, hin zu „**dem, was gut läuft**“ zu lenken



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, EMDR
- 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. **Traumaaaktivierung** durch die Bezugspersonen **aus der Sicht des Kindes** auf drei Ebenen (kognitiv, physisch, emotional)
- 3. Wenn das Kind **unter Stress** ist (Herzfrequenz hoch), **bilaterale Stimulierung (EMDR: Tapping)** 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

Durchführung der Traumaaarbeit im zweiten und dritten Lebensjahr

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

Was ist zu beachten?

- Herstellen einer Sinnhaftigkeit des Geschehens für das Kind
- Würdigung des Leids
- Einbettung des Traumas in Ort und Zeit
- Klare Werterhaltung
- Vermeidungsverhalten
- Keine Widersprüchlichkeiten oder Ambivalenzen

Was ist zu beachten?

- Es muss aus „**den Augen des Kindes**“ in kindgerechter Alltags-Sprache berichtet werden!
- Herstellen einer **Sinnhaftigkeit** des Geschehens für das Kind
- **Würdigung des Leids**
- **Einbettung des Traumas in Ort und Zeit**
- **Klare Werthaltung**
- **Vermeidungsverhalten** beachten
- **Keine Widersprüchlichkeiten oder Ambivalenzen**
- Bei ausbleibender (körperlicher und/ oder emotionaler) Resonanz beim Kind **nicht auf „das Trauma“ beharren -> Gefahr der Interaktionsstörung/ sekundäre Traumatisierung**

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

- Wirksamkeit kann nachgewiesen werden (**anhaltendes positives Outcome**)
- **Kurze Behandlungsdauer direkt am Kind** (im Durchschnitt 2,5 Sitzungen)
- **Ganzheitlicher systemisch bindungsorientierter Ansatz**
- Hilfreich ist eine feinfühligke 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), I.B.T.® Integrative Bindungsorientierte
Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern,
Bindungsbasierte Psychotherapie (Brisch), EMDR-Therapie und Supervision,
Enaktive Traumatherapeutie (Nijenhuis), Hypnotherapeutin,
Entspannungstherapeutin

Spezielle Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche (DeGPT), Supervisorin
und Dozentin

Leitung des Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie WZPP®

Alfred-Delp-Strasse 2, D-73430 Aalen

info@wzpp.de

www.wzpp.de