



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

I.B.T.®

Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie

bei Säuglingen, Kleinkindern
und Vorschulkindern

Modul 3

Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Alfred-Delp-Straße 2 D- 73430 Aalen	Tel 07965-802 72 58 Tel 07965-802 72 59	www.wzpp.de info@wzpp.de
--	--	--

Inhaltsverzeichnis

Physiologie psychischer Traumatisierung	3
Einführung Bindung	13
Kontakt zwischen Bindungsperson und Kind	31
Zur Behandlung früher Traumata	38
Unterstützung bei der chronologischen Darstellung	45
Behandlungsplanung	46
Bisherige besondere Erkenntnisse aus der Traumaarbeit mit Babys, Kleinkindern und Vorschulkindern	47
Literatur	50
Leitfaden "AAI" - Adult-Attachment-Interview	52

Modul 3 – Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern: Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern

Physiologie psychischer Traumatisierung

Besonderheiten des Traumagedächtnisses (einschl. Körpergedächtnis)

Beim expliziten/ deklarativen Gedächtnis handelt es sich vor allem um den präfrontalen und temporalen Cortex und den Hippocampus. Alles, was bewusst gedacht, erinnert und mit emotionaler Distanz erzählt werden kann, ist in diesen Bereichen abgespeichert. Diese Erinnerungen sind zeitlich und örtlich strukturiert, sowie autobiographisch zugeordnet. Bewusste explizite Erinnerungen sind etwa ab dem vierten Lebensjahr möglich, da der Hippocampus bzw. dessen Myelinisierung vorher nicht ausreichend ausgereift ist. Dennoch kommt es auch immer wieder zu Erinnerungen, die zeitlich deutlich früher stattgefunden haben, z.B. Ereignisse während der Geburt. Diese zeigen sich aber nicht durchgängig bei einer Mehrzahl der Menschen.

Das implizite/ non-deklarative Gedächtnis umfasst vor allem das limbische System mit der Amygdala, den Basalganglien und auch das Kleinhirn. Diese Erinnerungen sind unbewusst ohne zeitlich-räumliche Zuordnung. Es beinhaltet auch die im Nervensystem abgespeicherten Erinnerungen des Körpergedächtnisses. Die Inhalte können in der Regel nicht sprachlich wiedergegeben werden, sondern zeigen sich in (hoch-) emotionalen und körperlichen Zuständen. Erfahrungen vor dem vierten Lebensjahr (ab dem Zeitpunkt der Zeugung) werden in erster Linie als implizite Erinnerungen abgespeichert.

Neurobiologische, neurophysiologische und neuroanatomische Aspekte

Die Großhirnrinde ist die oberste, entwicklungsgeschichtlich jüngste Region, entscheidend für bewusste und willkürliche Prozesse, sowie der Impulskontrolle.

Die mittlere, subkortikale Ebene, das limbische System, ist vorbewusst und für die Emotionen zuständig ist. Dieser Bereich ist vor allem in der Entstehung von Traumata von großer Bedeutung.

Die untere subkortikale Ebene umfasst den Hirnstamm (Reptiliengehirn) mit den vegetativen Zentren, Steuerung der vitalen Funktionen wie Atmung, Blutdruck und Temperatur. Dieser Gehirnbereich ist nicht bewusst kontrollierbar.

Gehirnebenen, die besonders für die Aufnahme und das Abrufen von Informationen wesentlich sind:

Der Thalamus, auch Pförtner genannt, ist die Schaltstelle mit Filterfunktion für alle eintreffenden sensorischen Sinneseindrücke.

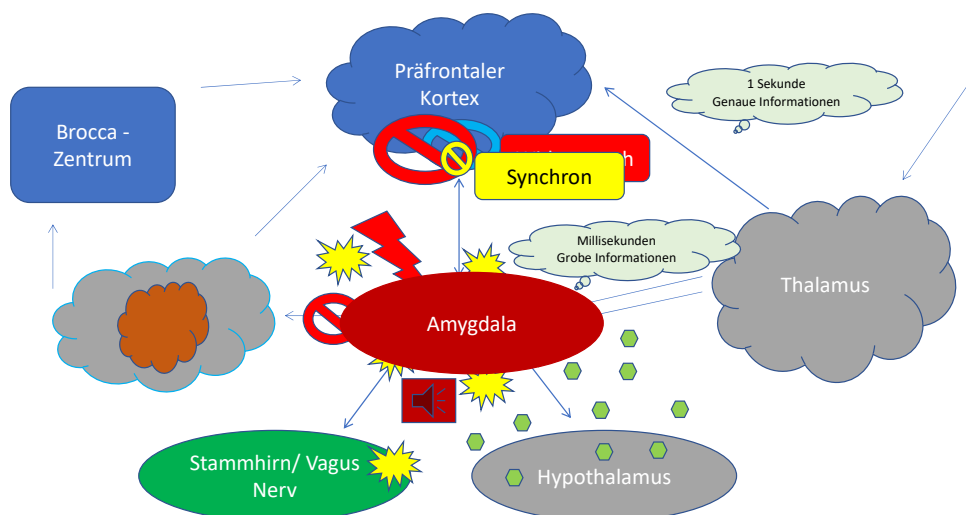
Der Hippocampus, auf Grund seiner Form auch Seepferdchen genannt, ist zuständig für die räumliche und zeitliche Einordnung und die Voraussetzung für die Überführung in das deklarativ-explicite Gedächtnis und die semantisch verfügbaren Erinnerungen, kurz in das Langzeitgedächtnis.

Die Amygdala, auch Mandelkern genannt, ist entwicklungsgeschichtlich älter, gehört zum limbischen System. Als „Feuerwehr“ des Gehirns, beurteilt sie die emotionale Wichtigkeit oder Bedrohlichkeit einer Information und kann in einer sehr schnellen Schaltung Angst, Flucht- oder Kampfbereitschaft mobilisieren. In diesem Bereich werden auf Grund der emotionalen Bewertungen auch Handlungsimpulse ausgelöst.

Der präfrontale Cortex ist entwicklungsgeschichtlich der jüngste Teil des Gehirns. Er ist zuständig für die Integration der Informationen auf höherer kortikaler und damit bewusster Ebene. Er ist des Weiteren zuständig für die Planung zukünftiger Handlungen, die Aufmerksamkeitsfokussierung und kann in Form der Impulskontrolle regulierend auf die Amygdala im limbischen System einwirken.

Was passiert bei einer Traumatisierung im Gehirn?

WZPP®



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Sehr vereinfacht lassen sich gehirne physiologische Vorgänge in traumatischen Hochstress-Situationen wie folgt vorstellen:

Die Informationen gelangen über den Thalamus in das Gehirn. Dort wird eine „ungenau, grobe Auflösung“ des Erlebten innerhalb von Millisekunden an die Amygdala weitergeleitet, die die Bedrohung des Erlebten einschätzt. Eine sehr genaue und gute Auflösung des Erlebten gelangt eine Sekunde später an den Präfrontalen Cortex, der die Informationen mit dem Langzeitgedächtnis abgleicht und Impulse aus dem limbischen System stoppen oder auch verstärken kann. Auf Grund dieses Phänomens wissen wir, dass wir Gefühle empfinden bevor wir wissen, dass wir diese Gefühle haben. Die Gefühle sind immer zuerst da. Auch unsere Handlungsimpulse kommen aus dem limbischen System und sind erstmal keine bewussten Entscheidungen. Das Bewusstsein, zu dem auch der Präfrontale Cortex gezählt wird, hat lediglich die Möglichkeit (nach einer Sekunde) die Handlungsimpulse des limbischen Systems zu unterdrücken oder zu verstärken. Diese Erkenntnis ist im weiteren Verlauf von sehr großer Bedeutung, da sie erklärt, warum traumatisierte Menschen im aktivierten Trauma-Zustand häufig impulshaftes Verhalten zeigen bzw. sich so unglaublich schwertun, ihre Impulse zu unterdrücken.

Wird die Erfahrung nun von der Amygdala als bedrohlich eingeschätzt, lässt sie über den Hypothalamus Stresshormone ausschütten, die bewirken, dass eine Art Mauer zwischen der Amygdala und dem Hippocampus entsteht. Die Sinnhaftigkeit dieser Mauer ist, dass im autonomen Nervensystem der Sympathikus angeregt und der Körper damit in eine erhöhte Mobilitätsbereitschaft, um zu kämpfen oder zu fliehen, versetzt wird. Handelt es sich nur „um ein wenig“ Stress, ist die Mauer Knie- oder Hüfthoch, bei subjektiv lebensbedrohlichem Stress ist die Mauer bis zur Decke. Das Bewusstsein, der Präfrontale Cortex ist bei lebensbedrohlichem Stress überhaupt nicht mehr und bei weniger Stress nur noch eingeschränkt in der Lage, regulierend auf die Amygdala, sowie das gesamte limbische System einzuwirken.

Reichen bei lebensbedrohlichem Stress die vorhandenen Bewältigungsstrategien zum Kämpfen und Fliehen nicht mehr aus, schaltet der Körper in die letzte Möglichkeit, um zu überleben, in den Freeze-Modus. In diesem Zustand verfällt der Körper in einen Tot-Stell-Modus, der auch Dissoziation genannt wird. Bei der Dissoziation in der Stress-Situation werden im Nervensystem die evolutionsmäßig sehr alte Nervenbahnen des dorsalen Vagus (siehe weiter im Text) genutzt. Bei der Nutzung dieser Nervenbahnen werden neben Serotonin und Oxytocin, auch Opiate zur Vorbereitung auf einen schmerzfreien Tod ausgeschüttet. Die Erfahrung, die diesen Zustand ausgelöst hat, stößt, in der Metapher weitergesprochen, an die Mauer und zerbricht im Moment der Dissoziation in einzelne Puzzleteile. Die Erfahrung fragmentiert und kann fortan nicht mehr ganzheitlich als Erinnerung im Langzeitgedächtnis abgespeichert werden. Sie bleibt im fragmentierten Zustand so lange gehirne physiologisch aktiv, bis sie durch Trauma integrative Verfahren integriert, d.h. zusammengesetzt, und dadurch als „alte Erinnerung“ im Langzeitgedächtnis als Erfahrung abgelegt wird. Des Weiteren bleibt die fragmentierte Erfahrung emotional in dem Alterszustand bestehen, in dem sie entstanden ist. Der betroffene Mensch kann bei Aktivierung fragmentierter Erinnerungsteile nicht unterscheiden, ob diese Erinnerung alt oder aktuell ist, für ihn ist es dann so, als ob das Ereignis jetzt erneut passiert. Gleichzeitig befindet er sich emotional in dem Alter, in dem die Erfahrung

fragmentiert ist – er befindet sich in einem Traumanetzwerk und hat dadurch auch nur auf die Ressourcen und Bewältigungsstrategien Zugriff, die er auch im Alterszustand zum damaligen Zeitpunkt hatte. Seit dem Zeitpunkt neu erlernte Strategien, Sichtweisen und Ressourcen sind in diesem Moment nicht abrufbar.

Die Aktivierung dieser fragmentierten Erfahrungen (Flashbacks) geschieht durch sogenannte Trigger. Trigger sind Eindrücke, die eines dieser vielen Puzzleteile gleicht und es damit aktiviert. Bei Aktivierung eines Puzzleteils bekommt die Amygdala ein entsprechendes Signal und sie hat den Eindruck, dass JETZT im Moment wieder dieselbe Gefahr droht, wie damals als das fragmentierte Puzzleteil entstanden ist. Sie veranlasst den Hypothalamus erneut Stresshormone auszuschütten und hält durch die angehäuften und zunehmend wachsenden Stresshormongehalt die Mauer zwischen Amygdala und Hippocampus aktiv bzw. erhöht sie zunehmend. Es kommt zu einer Retraumatisierung. Die Amygdala kann nicht unterscheiden, ob diese Gefahr tatsächlich aktuell und akut ist oder ob es sich um ein altes Puzzleteil und damit um einen Fehlalarm handelt. Für die Amygdala ist es immer jetzt, da sie durch die Mauer ja vom Hippocampus abgespalten ist. Das aktivierte Puzzleteil versetzt die Amygdala in einen Alarmzustand, der sich für den betroffenen Menschen genau gleich wie in der damaligen Bedrohungssituation anfühlt. Der Mensch fühlt, nimmt die Umwelt wahr und handelt wie in der damaligen Gefahrensituation. Durch die Aktivierung des entsprechenden Traumanetzwerks hat er, wie erwähnt, nur auf die damaligen Bewältigungsstrategien und Ressourcen Zugriff. Für seine Mitmenschen wirkt der Betroffene nun „seltsam“. Er verhält sich plötzlich weder situations- noch altersgemäß, da er sich ja in auf Grund des Fehlalarms in anderen Trauma-Netzwerken befindet und aus diesen heraus sinngemäß handelt. Für den Betroffenen selbst sind sein Verhalten und seine Sichtweise in diesem Moment absolut logisch. Er befindet sich emotional in einer Gefahrensituation. Zeitweise kann dies dazu führen, dass er den Realitätsbezug teilweise, manchmal sogar völlig verliert und sich völlig im Traumaerleben befindet (Flashback). Bei besonders großen inneren Stress-/ Bedrohungssituationen kann es für den Betroffenen zu einem dissoziativen Zustand, dem Tot-stell-Reflex kommen, in dem er wie „einfriert“, in eine Schockstarre oder in einen Art Ohnmachtszustand verfällt. In diesen Momenten nutzt er wie im Traumaereignis die Nervenbahnen des dorsalen Vagusnerv. Für die Mitmenschen, die sich im hier und jetzt befinden, wirkt der angetriggerte Betroffene seltsam, manchmal auch sehr bedrohlich. Auf der emotionalen Ebene wirkt der Betroffene für seine Mitmenschen häufig jünger, da er sich emotional in dem Alter befindet, in dem das fragmentierte, angetriggerte Puzzleteil entstanden ist. Diagnostisch gesehen, haben wir hier einen Hinweis, dass sich der Betroffene in einem Traumanetzwerk befindet und wann dieses in etwa entstanden ist.

Trigger können sehr vielfältig sein. Trigger können von außen kommen in Form von ähnlichen Situationen wie die Traumasituation, es kann sich um ähnliche Geräusche, Gerüche, Sinneswahrnehmungen generell handeln. Trigger können aber auch von innen kommen. Diese würden sich zeigen in ähnlichen Gefühlszuständen wie in der Traumasituation – auch entstanden durch einen völlig anderen Auslöser – oder auch Körperzustände wie z.B. ein flaues Gefühl im Magen oder körperliche Schmerzen. Die inneren Trigger sind für die Mitmenschen besonders schwer zu erkennen und damit auch kaum als Trigger zu identifizieren. Auch den Betroffenen selbst sind die Trigger meist gar nicht bewusst, da das limbische System deutlich vor dem Bewusstsein

reagiert und auch vor dem Bewusstsein entsprechende Notfallmaßnahmen ergreift. Im Rahmen traumaspezifischer Begleitung (Traumapädagogik, Traumafachberatung und/ oder Traumatherapie) müssen häufig erst mühsam über Achtsamkeitsübungen und Triggerdiskrimination Stück für Stück Trigger identifiziert, eingeordnet und deren Vorzeichen eruiert werden. Bei den kleinsten Betroffenen gleicht diese Arbeit einer Detektivarbeit mit vielen Hypothesen, die aufgestellt, überprüft und manchmal auch wieder verworfen werden müssen, da sich die Kleinsten verbal weniger gut mitteilen können.

Wie beschrieben führt jedes Antriggern dazu, dass die Mauer zwischen Amygdala bestehen bleibt und sich Stresshormone zunehmend anhäufen. Der Präfrontale Cortex hat in diesem Moment kaum bis keinen regulierenden Einfluss mehr auf das limbische System, da sich dieses in einem zu hohen Erregungsmoment befindet. Es benötigt häufig sehr starke äußere Reize, um diese Zustände zu unterbrechen. Auf Grund dieses Phänomens lassen sich gut der erhöhte Cortisolgehalt im Speichel und im Blut, die erhöhte innere Unruhe (Hyperarousal), die überhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz), die Konzentrationsschwierigkeiten, die Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, die Impulsdurchbrüche, die Regulationsschwierigkeiten, die erhöhte Schreckhaftigkeit, die Flashbacks und dissoziativen Phänomene erklären. Im weiteren Verlauf entwickeln die Betroffenen sehr häufig ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (innerlich in Bezug auf die Gefühle (Numbing), aber auch äußerlich in Bezug auf bestimmte Triggersituationen), um eine erneute Aktivierung einzelner Puzzleteile zu verhindern. Die ausgeprägten Vermeidungsreaktionen entwickeln sich im Laufe der Zeit zu sogenannten Überlebensstrategien. Die Überlebensstrategien sollen bereits präventiv verhindern, dass es jemals erneut zu einer solch bedrohlichen Situation kommen kann. Bereits bei den kleinsten subjektiv wahrgenommen Gefahren-Anzeichen werden diese aktiviert und angewendet. Diese Überlebensstrategien werden in der Fachwelt häufig als pathologische Symptome mit Krankheitswert in Form von verschiedensten symptombeschreibenden Diagnosen beschrieben. Für den Betroffenen selbst haben diese Verhaltensweisen einen „guten Grund“ und dienen zum Überleben. Auch wenn diese Verhaltensweisen mittel- und langfristig zu Schwierigkeiten mit den Mitmenschen und/ oder gesundheitlichen Problemen führen, können die Betroffenen diese doch nicht lassen, sie sich nicht mit Verstärkerplänen oder Bestrafungen abtrainieren und/ oder durch Medikamente konsequent unterdrücken. Die Verhaltensweisen dienen subjektiv einem „guten Grund“, nämlich zu überleben. Eine Veränderung der Symptome lassen sich durch gute traumaspezifische Stabilisierung und Traumaintegration, nicht aber durch Druck und reflexhaften Reaktionen der Mitmenschen, erreichen.

Reagiert das Umfeld des im angetriggerten Betroffenen reflexhaft mit Unverständnis, d.h. mit Aussagen wie „Du hast überhaupt kein Grund, so zu empfinden und Dich so zu verhalten!“, gelingt diese Information evtl. zwar an den Präfrontalen Cortex, das limbische System jedoch bleibt bei ihrem Standpunkt, dass das von ihr ausgelöste Gefühl mit den entsprechenden Handlungsimpulsen genau richtig sind. Diese Diskrepanz von Präfrontalen cortex und limbischen System führt in diesem Fall nicht zu einer Beruhigung des limbischen Systems, sondern im Gegenteil zu noch mehr Stress.

Reagiert das Umfeld jedoch reflektiert mit Verständnis im Sinne von „Ich sehe, dass Du dieses Gefühl hast, und Dein Verhalten hat aus Deiner Sicht einen guten Grund – was würde Dir jetzt helfen, mit diesem Gefühl anders umzugehen?“, kommt es im limbischen System zu einer Beruhigung und im Optimalfall kann gemeinsam mit dem Präfrontalen Cortex nach Bewältigungsstrategien gesucht und umgesetzt werden.

Zusammengefasst kann man also sagen, Menschen, die sich im Traumawiedererleben befinden, fühlen und verhalten sich in dem Alter, in dem das traumatische Erleben fragmentiert, kurz das Trauma entstanden ist. Ihre Gefühle und ihr Verhalten haben aus ihrer subjektiven Sicht einen guten Grund: nämlich zu überleben. Dass andere Menschen dies nicht nachvollziehen können, ist für diese Menschen in diesem Moment nicht bewusst. Ein konfrontatives, negierendes Verhalten des Umfeldes im Sinne „Deine Gefühle und Dein Verhalten sind falsch“ (Ambivalenz) verstärken das Überlebensverhalten der Betroffenen, da noch mehr Stress entsteht. Ein verständnisvolles Verhalten des Umfeldes im Sinne „Du hast dieses bestimmte Gefühl und Dein Verhalten hat einen guten Grund“ (Synchronisierung) führt zu einer Stressreduktion des Betroffenen und das Erarbeiten von alternativen Bewältigungsstrategien sind möglich.

Was passiert bei einer Traumatisierung im Körper?

Porges entwickelte mit seiner Polyvagal-Theorie ein Modell des autonomen Nervensystems, um das Abspeichern traumatischer Erfahrungen und deren Auflösung zu erklären. Dieses Modell soll hier sehr vereinfacht dargestellt werden, um bestimmte körperliche Symptome traumatisierter Menschen und den Umgang mit den Betroffenen verständlicher zu machen.

Der Vagus-Nerv, der aus mehreren einzelnen jüngeren, myelinisierten (ventraler Vagus) und älteren, unmyelinisierten (dorsaler Vagus) Nervensträngen besteht, werden dem Parasympathikus zugeordnet. Als Gegenspieler des Parasympathikus wird der Sympathikus gezählt. Beide umfassen unser autonomes Nervensystem, das das Gehirn mit unserem Körper, besonders den Organen verbindet.

In entspannten, häufig sozialen Interaktionen, in Erholungsmomenten und Momenten der Selbstberuhigung nutzt unser Körper die Nervenbahnen des ventralen Vagus. Wir erleben dann einen ruhigen Herzschlag, sind entspannt und unser Körper zeigt hormonell einen Anstieg von Serotonin und Oxytocin. Sind wir noch tiefer entspannt, z.B. bei der Meditation, der Tiefenentspannung, aber auch bei der Verdauung, dem Stillen, der Endphase der Geburt und der Sexualität werden die Nervenbahnen des dorsalen Vagus genutzt. Neben Serotonin und Oxytocin werden nun auch körpereigene Opiate ausgeschüttet, die Herzfrequenz sinkt noch weiter.

Befinden wir uns in einem entspannten Moment (Nutzung des ventralen Vagus) und geraten durch äußere und/ oder innere Umstände in Stress, springt auf Anlass des limbischen Systems und der hormonellen Ausschüttung von Stresshormonen innerhalb von Millisekunden der Sympathikus an und hemmt damit den Parasympathikus (Vagusnerv). Die Herzfrequenz steigt, der Muskeltonus steigt, die

Pupillen weiten sich, wir fangen an zu schwitzen und kommen in einen Mobilitätszustand. Wir sind bereit zu kämpfen oder zu fliehen. Alle für die Situation notwendigen Bewältigungsstrategien werden aktiviert. Reichen die Bewältigungsstrategien aus und wir können die Situation bewältigen, findet eine Rückkehr in die Nervenbahnen des ventralen Vagus statt.

Reichen unsere Bewältigungsstrategien nicht aus und wir geraten noch mehr unter Stress, unter lebensbedrohlichen Stress, springt im Moment des Hochstress als letzte Möglichkeit zu Überleben der Parasympathikus in Form des dorsalen Vagus an. Wir geraten in einen Zustand der Immobilisation. Wir stellen uns durch tot, wir dissoziieren. Wie bei der Nutzung des dorsalen Vagus in den angenehmen Momenten werden in diesen subjektiv lebensbedrohlichen Momenten Serotonin, Oxytocin und Opiate ausgeschüttet. Die Herzfrequenz sinkt auch hier. Der Körper wird auf einen schmerzfreien Tod vorbereitet. Dies ist der Moment, wenn die stressauslösenden Erfahrungen, wie oben beschrieben, fragmentieren.

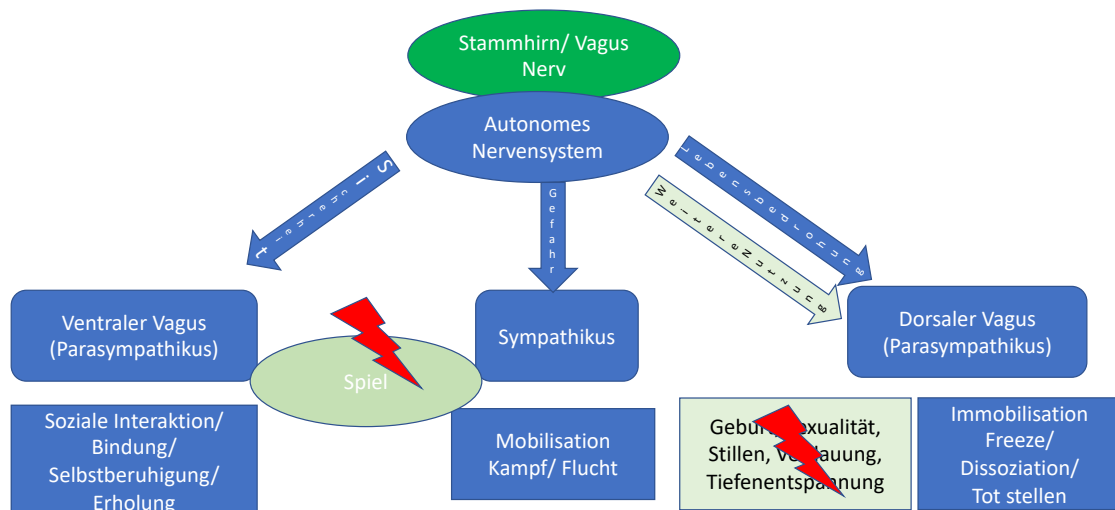
Wurden die Nervenbahnen des dorsalen Vagus mehrmals in lebensbedrohlichen Zuständen genutzt, wird der Mensch diesen Zustand versuchen zu vermeiden, in dem er sich fast zwanghaft versucht, im Sympathikus zu halten. Nicht der dissoziative Zustand selbst wird als besonders bedrohlich empfunden, sondern die wahrgenommene Lebensbedrohung im Übergang vom Sympathikus zum dorsalen Vagus. Dies hat weitreichende Folgen, da auf Grund der Vermeidung der Nervenbahnen des dorsalen Vagus nicht nur das Empfinden von Lebensbedrohung, sondern auch die positive Nutzung des dorsalen Vagus vermieden wird. So leiden die Betroffenen nicht selten unter Verstopfung, haben Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, da sie nicht zur Ruhe kommen, können Sexualität und Stillen nur schwer ertragen und es kommt bei Geburten immer wieder zum Geburtsstillstand. Im Alltag sehen wir zum Beispiel häufig, dass die Betroffenen alles Erdenkliche tun, um nicht zur Ruhe zu kommen. Sie arbeiten bis zum Umfallen, halten sich mit verschiedensten Mitteln wach bis sie irgendwann vor Erschöpfung einschlafen.

Im Sinne der Selbstheilungsprozesse gibt es einen Hybridzustand zwischen dem ventralen Vagus (Parasympathikus) und dem Sympathikus: das Spiel. Denken wir an das „Fangen-Spiel“. Einer ist der Fänger, der andere wird gefangen. Wir befinden uns im Sympathikus. Dennoch ist es „nur“ ein Spiel. Es ist nicht bedrohlich – wir schauen uns an und lachen. Kinder spielen nach stressreichen Situationen diese Situationen häufig im Spiel, zum Teil heftigsten und hoch emotional, nach. Handelt es sich nicht um traumatische, fragmentierte Erfahrungen können sich diese über das Spiel, über das Pendeln zwischen Sympathikus und Parasympathikus, im Selbstheilungsprozesse selbst durcharbeiten. Handelt es sich aber um traumatische, fragmentierte Erfahrungen kann es nicht gelingen. Die Betroffenen „hängen“ im Sympathikus „fest“ und es kann keine Verarbeitung stattfinden. Auch das freudvolle Spiel ist für die Betroffenen meist schwierig. Sobald stressreiche Momente im Spiel auftauchen, aktiviert sich der Sympathikus und die Betroffenen erleben sich in einer Gefahrensituation, in der entsprechend gehandelt werden muss. Sie können sich nur schwer bzw. nur kurz im „als-ob“- Modus des Spiels halten.

Bestimmte Körperzustände fördern daher unterschiedliche Arten des Verhaltens und färben unsere Wahrnehmung. Porges unterscheidet folgende 5 Kategorien:

1. Ventraler Vagus: Soziales Engagement: Fördert positive soziale Interaktion, verringert die psychische Distanz, verstärkt im zwischenmenschlichen Kontakt das Gefühl der Sicherheit.
2. Sympathikus: Mobilisation – Kampf/Flucht: Erhöht bei Bedrohung den metabolischen Umsatz um bei realer oder subjektiv erlebter Gefahr rasch, adäquat, im Sinne des Überlebens, reagieren zu können.
3. Hybridzustand ventraler Vagus-Sympathikus: das Spiel: Erfordert Aspekte der Mobilisation und soziales Engagement und ist daher ein Hybridzustand. Der Ausgangsimpuls ist hier nicht Bedrohung, sondern die Lust am Leben, Freude und Neugier.
4. Dorsaler Vagus: Immobilisation in lebensbedrohlichen Situationen: Es kommt zu einer Verringerung des metabolischen Umsatzes, zu Verhaltensstarre und Erstarren. Dies ist ein primitiver neuronaler Schaltkreis der bei Reptilien adaptiv, für Säugetiere und Menschen aber im Extremfall tödlich sein kann. Diese Erstarrung ist typisch für die Traumatisierung und setzt ein, wenn Kampf und/oder Flucht nicht mehr möglich sind. Dies garantiert entweder einen relativ schmerzfreien Tod oder soll dazu führen, dass der Jäger/der Täter vom Opfer ablässt.
5. Dorsaler Vagus: Immobilisation ohne Furcht: Diese freudvoll und angenehm erlebte Immobilisation setzt beim Stillen, der Geburt, in der Sexualität und bei Verdauungs- und Erholungsprozessen ein.

WZPP®



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Welche Auswirkungen haben frühe Traumatisierungen auf die Gehirnentwicklung?

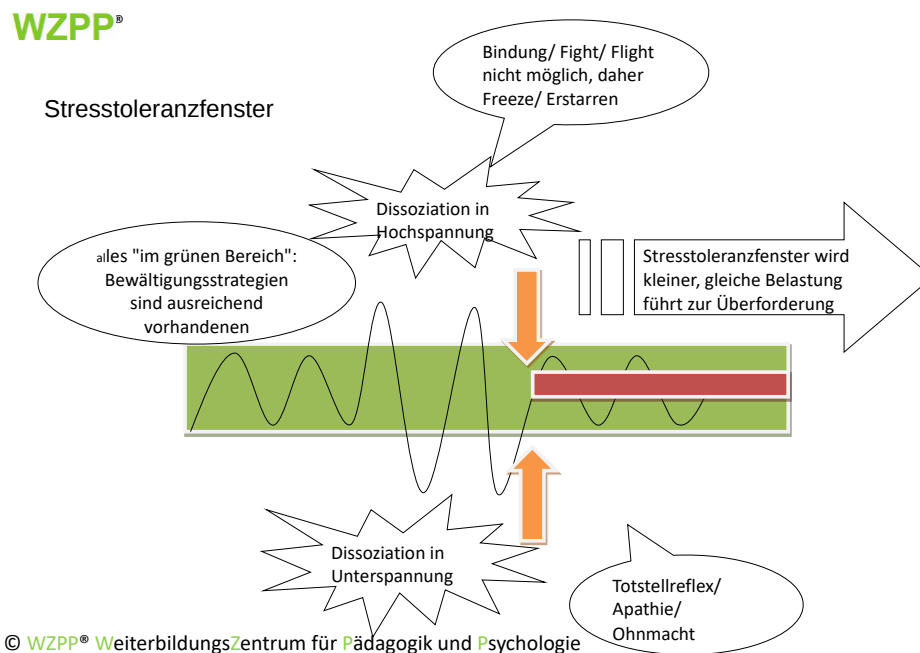
Je früher eine Traumatisierung stattfindet, umso ausgeprägter sind die Schädigungen im Gehirn und damit verbunden die Langzeitfolgen im Fühlen, Verhalten und Denken. Frühe traumatische Beziehungserfahrungen gelten als besonders gravierend und sind leider auch am schwersten zu verändern.

Durch frühe anhaltende traumatische Stresserfahrungen kann es zu einer Veränderung in der Gehirnphysiologie kommen. Der Hippocampus (Verortung in Raum und Zeit, Übergang Kurz- zum Langzeitgedächtnis) verkleinert sich, die Amygdala wird größer und ist damit zunehmend sensibler, d.h. sie reagiert immer schneller auf tatsächliche oder mögliche Gefahren. Der Präfrontale Cortex gelingt es immer weniger regulierend auf das limbische System einzuwirken. Das gesamte Stressverarbeitungssystem bleibt überreagibel und es kommt zu einer Dauerausschüttung von verschiedenen Stresshormonen. Es folgen unter Umständen lebenslange Folgen im Bereich der Aufmerksamkeitsfokussierung, der Impulskontrolle, der Lernfähigkeit, der erhöhten Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen.

Eine „Rückveränderung“ dieser Strukturen ist je nach Schädigung teilweise noch möglich. Dies erfordert jedoch viele korrigierende Beziehungserfahrungen, gute Therapie und vor allem sehr viel Zeit.

So könnte nun der Eindruck entstehen, dass Kinder im jungen Alter von möglichst jedem Stress ferngehalten werden sollen. Aber auch dies ist schädlich. Kinder benötigen adäquate Stresssituationen, um sich weiterentwickeln zu können. Sie lernen durch Herausforderungen, bessere Strategien zu entwickeln. Würde ein Kind zum Beispiel zum Zeitpunkt des Laufen Lernens nicht immer wieder hinfallen, würde es nicht lernen, was wohl die beste Möglichkeit ist, sich im Gleichgewicht zu halten und sich fortzubewegen. Das Erleben des Kindes, etwas geschafft und bewältigt zu haben, das für das Kind selbst als eine Herausforderung erlebt wurde, steigert die Selbstwirksamkeit des Kindes und spornt es an, weitere Ziele/ Herausforderungen zu bewältigen zu wollen. Das heißt, Kinder brauchen für ihre Entwicklung einen altersentsprechenden Stress, um sich weiterzuentwickeln. Ein zu viel an Stress (Überforderung), aber auch ein zu wenig an Stress (Regressionsförderung) ist für Kinder schädlich und hindert sie an einer guten Weiterentwicklung.

Ein gutes Bild um diesen adäquaten, mittleren Stresspegel darzustellen, ist das Stresstoleranzfenster:



Befinden wir uns im mittleren Stressbereich haben wir ausreichend Bewältigungsstrategien, um die bekannten Herausforderungen zu begegnen. Kommen wir leicht aus unserer Komfortzone heraus, müssen wir uns anstrengen, bessere Strategien zu entwickeln, um neue Herausforderungen zu bewältigen. Dies ist absolut förderlich. Diese Erfahrungen steigern unsere Selbstwirksamkeit, damit auch unsere Resilienz und unser Stresstoleranzfenster wird größer.

Gelingt uns dies aber trotz Anstrengung nicht, reagieren wir zunehmend unter Stress. Zuerst wird unser Bindungssystem aktiviert. Wir suchen in unserem Umfeld Menschen, von denen wir glauben, dass sie uns helfen können (bei Kindern sind dies die Hauptbezugspersonen). Sind diese nicht verfügbar oder gar selbst hilflos werden wir versuchen zu kämpfen oder zu fliehen. Sind diese Maßnahmen erfolgreich, kehren wir in den mittleren Stressbereich zurück.

Sind diese aber erneut nicht ausreichend und wir geraten in lebensbedrohlichen Stress, kommt es zur Dissoziation in Hochspannung (Erstarren) oder in Unterspannung (Ohnmacht). Damit befinden wir uns in der Traumasituation. Das Stresstoleranzfenster wird durch diese Erfahrungen zunehmend kleiner. Herausforderungen, die sich ehemals in unserem mittleren Stresspegel befanden, sind nun plötzlich außerhalb unseres Stresstoleranzfensters und werden als nicht bewältigbar erlebt.

Um zu verhindern, dass es immer wieder zu einer subjektiv lebensbedrohlichen Überforderung kommt, entwickeln die betroffenen Menschen Überlebensverhaltensweisen, um präventiv zu verhindern, dass das geschieht, wovor sie am meisten Angst haben: dem Kontrollverlust.

Traumakompensatorisches Schema

Was ist darunter zu verstehen? Auch schon bei Babys?

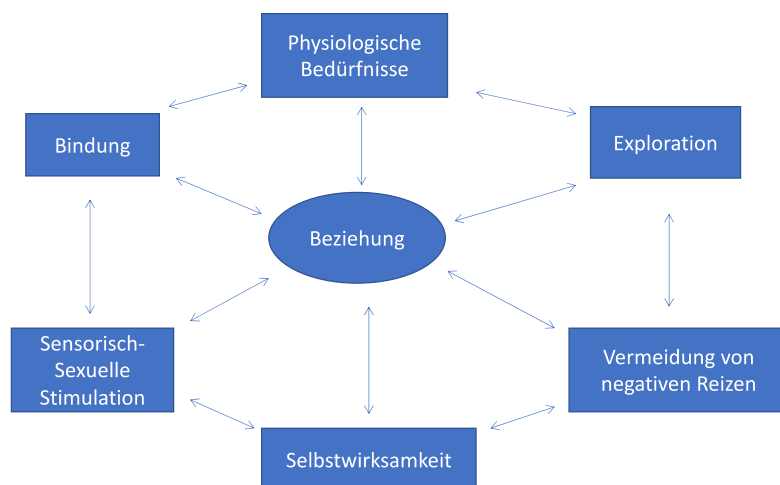
Phase 2: Arbeit an der Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind

Einführung Bindung

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)



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Kinder sind in den ersten Lebensjahren besonders auf die Fürsorge von Bezugspersonen angewiesen. Sie benötigen neben Nahrung, Schlaf und äußerer Versorgung vor allem Nähe und Geborgenheit. Das Bedürfnis nach Nähe, Geborgenheit und Liebe ist angeboren und für Kinder überlebenswichtig (Brisch, 2014, Cierpka et al., 2014).

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).

WZPP®

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				

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Ausflug in die Welt der Genetik

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

Cortisol

Stresssituation

1. Phase: Cortisolausschüttung

-> fördert Umgang mit stressigen Situationen

-> Kampf/ Flucht; erhöhte Leistungsbereitschaft

1. 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**

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** (Mashmallows-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

-> **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

-> **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

-> **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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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**“

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)

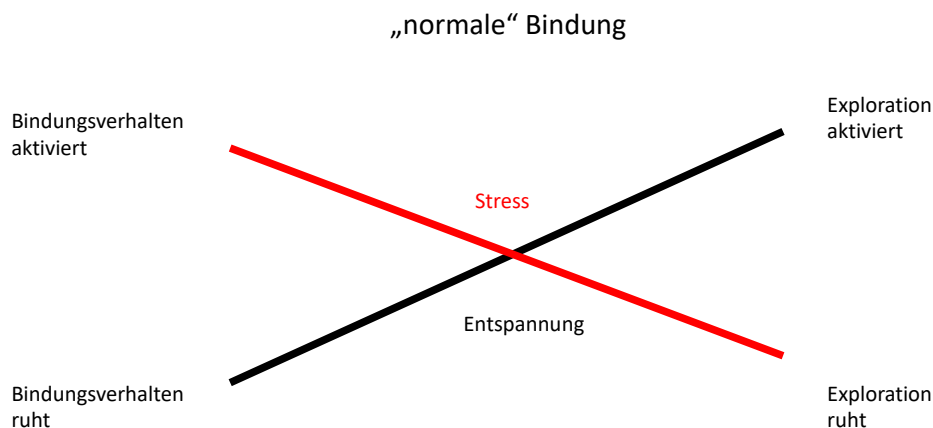
Bei **besonders schwerer (emotionaler/ seelischer) Vernachlässigung**:

- **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)**

Dieses Bedürfnis drückt sich in einem **Bindungsverhalten des Kindes (Attachement)** 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. **Fühlt sich das Kind sicher, wohl und geborgen, „ruht“ das Bindungsbestreben und das Explorationsverhalten des Kindes ist aktiviert.** Es ist „stressfrei“ in der Lage, seine Umwelt zu erkunden und Lernerfahrungen zu machen. **Kommt das Kind unter Stress, stellt es das Explorationsverhalten ein, das Bindungsbestreben wird aktiviert und das Kind sucht bei einer Bezugsperson als quasi „sichere Basis“ Nähe, Schutz und Geborgenheit. Ist das innere Gleichgewicht wieder hergestellt, beruhigt sich das Bindungsbestreben des Kindes und das Explorationsverhalten wird wieder aktiviert** (Brisch, 2014, Cierpka et al., 2014).

WZPP®



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

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, feinfühligkeitsvolle 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 (Brisch, 2014).

Die ersten Erkenntnisse der Bindungsforschung stammen von John Bowlby und Mary Ainsworth. Nach Bowlby entsteht Bindung zwischen dem Kind und der primären Bezugsperson in den ersten zwölf Lebensmonaten des Kindes. Sie wird über emotionalen Austausch, Kommunikation und Interaktion erreicht. In der ersten Phase, die sich von Geburt bis zum zweiten/ dritten Lebensmonat erstreckt, zeigen sich einfache Verhaltensweisen des Kindes. Laut Bowlby unterscheidet das Kind noch nicht ausgeprägt zwischen vertrauten und weniger vertrauten Personen. In der zweiten Phase, die sich vom dritten bis sechsten Lebensmonat erstreckt, beginnt das Kind mit einer deutlicheren Differenzierung, lässt sich aber auch noch fremden Personen auf den Arm nehmen und trösten. In der dritten Phase, die sich vom sechsten Lebensmonat bis in das dritte Lebensjahr hinein erstreckt, zeigt das Kind ein aktives Bindungsbestreben zu seinen Bezugspersonen. Ab dem vierten Lebensjahr, in der vierten Phase, berücksichtigt das Kind auch die Pläne und Ziele seiner Bezugspersonen (Brisch, 2014).

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 feinfühligkeitsbezogene 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** (Brisch, 2014).

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

- feinfühligte Berührungen fördern sichere Bindung (Oxytocin Ausschüttung)

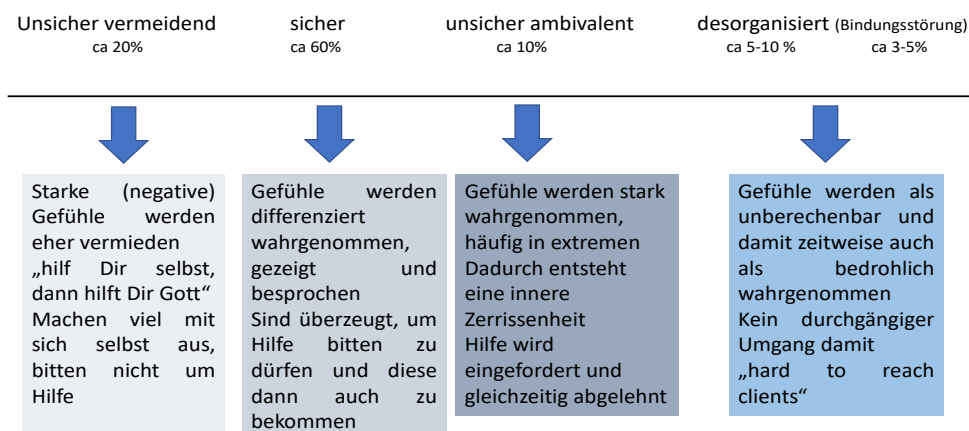
Blick auf die Bezugspersonen

- 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!



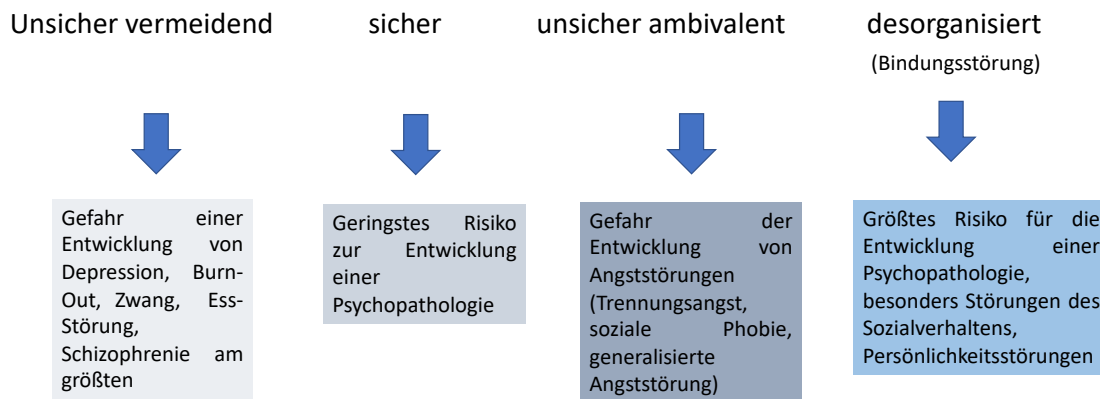
Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

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%
Bindungsgeschichte 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
Bindungsrepräsentanz 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

Nach Remmel et al., 2006

Die Beurteilung, welche Bindungsqualität sich zwischen der Bezugsperson und dem Kind entwickelt hat, kann mit dem „Fremde-Situation-Test“ von Ainsworth festgestellt werden (Brisch, 2014).

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Zusammenfassend: Nach John Bowlby stellt das Bindungssystem ein primäres **genetisch verankertes motivationales System** dar, das **zwischen der primären Bezugsperson (das muss nicht die Mutter sein!) und dem Säugling** nach der Geburt aktiviert wird und **überlebenssichernde Funktion** hat (Brisch, 1999). Das Kind erhofft sich von der Nähe zu seiner Mutter Sicherheit, Schutz und Geborgenheit. Das Bindungsverhalten drückt sich besonders darin aus, dass der Säugling nach der Bindungsperson sucht, weint, sich an ihr festklammert. Es wird **aktiviert durch Angst, Trennung, sowie durch äußere oder innere Bedrohung oder Gefahr** (Brisch, 2006). **Die Bindungsperson bietet den sicheren Hafen, von dem aus die Welt erkundet werden kann.** „Ohne sichere emotionale Bindung ist keine offene uneingeschränkte Exploration möglich.“ (ebd)

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).

Eine **sichere Bindung ist die Basis, um Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln, äußere Ereignisse kontrollieren zu können**, ohne von ihnen überwältigt zu werden. Sie bleibt immer ein Rückzugsort für Trost und Beruhigung bei äußeren Schwierigkeiten, auch im Erwachsenenalter. Das Phänomen, die Bezugsperson als sichere Basis zu nutzen, ist für Kleinkinder überlebensrelevant. Dies wurde in vielen unterschiedlichen Kulturen nachgewiesen.

Die **Feinfühligkeit** der Bezugsperson, kindliche Signale richtig zu erfassen und angemessen und prompt darauf zu reagieren, ermöglicht eine sichere Bindung. Aufgrund des Bindungsverhaltens der Eltern ist das der Kinder vorhersagbar.

Unter bindungstheoretischer Perspektive muss das **Fehlen oder der Verlust der sicheren Bindungsbasis als das früheste und wahrscheinlich schädlichste psychische Trauma** angesehen werden. So wirken sich abrupte Trennungen und Verluste, die nicht von einer verlässlich Geborgenheit bietenden Umgebung aufgefangen werden, ebenso schädlich wie Gewalttraumata (Brisch, 1999).

Traumatische Opferbindung an die Täter (pathologische Bindung an den Täter) ist extrem stark und als Notfallreaktion zu verstehen. Mit liebevoller Zuwendung abwechselnde Gewaltanwendung scheint die Bindung zwischen Täter und Opfer noch zu intensivieren. Im Sinne des Stockholm-Syndroms können auch erwachsene Geiseln irrationale Gefühle der Bindung und Wünsche nach Trost und Zuwendung an den Täter richten.

Traumatisierte Eltern können später durch Schreien ihres Säuglings getriggert werden, da dies an den eigenen einst erlittenen traumatischen Schmerz erinnert. So können bei den Eltern dissoziative oder traumaspezifische Verhaltensweisen ausgelöst werden (Brisch, 2006).

Bindungsstile und Beziehungsverhalten

Mary Ainsworth untersuchte das Bindungsverhalten von Kindern im „Fremden-Situations-Test“. Dabei verließ die Bezugsperson kurz den Raum und die Reaktionen der Kinder wurden beobachtet. Ainsworth typisierte folgende Bindungsstile:

- Sicher gebunden
- Unsicher-vermeidend gebunden
- Unsicher-ambivalent gebunden
- Desorganisiert gebunden

Sichere Bindung (ca. 60-65%)

Bei der sicheren Bindung bringt das Kind grundsätzlich das Vertrauen in die Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der Bindungsperson mit. Diese wird als sichere Basis gesehen, um die Umwelt zu erforschen und ein stabiles Selbstbild aufzubauen. Selbst wenn die Bezugsperson den Raum verlässt, erlebt das Kind sie als verfügbar

und wird sich bei ihrer Rückkehr wieder entspannt und vertrauensvoll an sie wenden. Die negativen Gefühle, die bei der Trennung hervorgerufen wurden, werden in eine positive Lösung integriert, in Form von Trost und Beendigung der Trennungssituation (Mutter kommt zurück und tröstet das Kind liebevoll). Dieses Bindungsmodell ist im inneren repräsentiert: negative Gefühle werden insgesamt in eine positive Erwartung über einen guten Ausgang der Situation verwandelt. Das Verhalten des Kindes gegenüber der wiederkommenden Mutter ist freundlich, zugewandt und es bietet sofort eine flüssige Kommunikation an. Menschen mit sicheren Bindungsverhalten können als Erwachsene in Krisensituationen Angebote in Beratung und Therapie gut für sich nutzen.

Unsicher-vermeidende Bindung (ca. 20-25%)

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder zeigen sich bei der Abwesenheit der Bezugsperson nicht beunruhigt, sondern vermeiden sogar deren Nähe bei ihrer Rückkehr. Dieses Verhalten entsteht bei zurückweisendem und abweisendem Elternverhalten, v.a. in angstbesetzten oder kummervollen Situationen. Aufgrund dieser schmerzhaften Erfahrung zeigt das Kind seine Angst und Verunsicherung möglichst nicht mehr und sucht auch nicht die körperliche Nähe und Trost bei der Bezugsperson. Dieses Kind erwartet auch keinen positiven Ausgang seiner sorgenvollen Situation. Es versucht in Folge, sich der Bezugsperson nicht mehr zu nähern und so das Risiko von Zurückweisung zu minimieren, d.h. es entwickelt eine Vermeidungsstrategie. Physiologisch steht das Kind jedoch unter Höchststress! Sein konkretes Verhalten gegenüber der Bezugsperson ist höflich und distanziert, die Antworten sind kurz, je weniger das Kind von sich erzählt, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, eine abwertende Reaktion zu bekommen. Erwachsene, die dieses Bindungsmodell verinnerlicht haben, wirken sehr distanziert gegenüber Beziehungen. Sie halten sich oft für starke Menschen und vermeiden die Nähe zu anderen.

Unsicher-ambivalente Bindung (10-15%)

Für unsicher-ambivalent gebundene Kinder ist die Bindungsperson nicht berechenbar. Sie können nicht abschätzen, wie diese in verschiedenen Situationen reagieren wird. Sie sind in neuen Situationen unruhig und nervös. Sie suchen bereits vor der Trennung Nähe zur Bezugsperson. Eine Trennung belastet dieses Kind besonders stark, es verhält sich gegenüber der Bindungsperson widersprüchlich. Es sucht ihre Nähe, ist aber gleichzeitig ärgerlich und wütend über sie (Annäherungs-Vermeidungs-Verhalten). Das Kind wirkt lange Zeit unreif und anhänglich. Durch diese Bindungserfahrung entwickelt es keine Zuversicht in die Verfügbarkeit der Mutter, dass diese zuverlässig zurückkommt, so dass eine einstündige Trennung schon eine starke Bedrohung für das Kind bedeuten kann. Erwachsene Personen zeigen dieses Bindungsmodell durch verworrene Beziehungen. Sie erscheinen oftmals verwirrt, widersprüchlich und wenig objektiv. In den Beziehungen sind sie gefangen, ängstlich, eher passiv und ärgerlich über die Bindungspersonen. Außerdem sind diese Menschen schlecht in der Lage, ihre unterschiedlichen Gefühle zu integrieren und zuzuordnen.

Desorganisierte Bindung (5-15%)

Der desorganisierte Bindungsstil stellt den Zusammenbruch der Bindung dar. Kinder mit desorganisiertem Bindungsmuster zeigen ein widersprüchlich verwirrendes Bindungsverhalten, sind zerrissen zwischen Suche nach Nähe und Distanz, erstarren in ihrer Bewegung, zeigen plötzliche Aggressionsausbrüche. Oft liegt dem desorganisierten Bindungsmuster eine traumatische Vorgeschichte mindestens eines Elternteils zugrunde, oft unverarbeitete Trennungen (transgenerationale Weitergabe). Die Eltern verhalten sich ängstlich-erschrocken und gleichzeitig ängstigend-erschreckend, das Kind ist in diesem unlösbaren Konflikt, gleichzeitig bei der Elternfigur Schutz suchen und sich vor ihr schützen zu müssen. Ein unlösbarer Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt entsteht. Das Kind entwickelt kontrollierende Strategien und fühlt sich oft für das Wohlergehen der Bindungsperson verantwortlich, verhält sich überfürsorglich, oder es versucht, nach der Trennung bestrafend zu wirken, und beschimpft sie. Dieser Bindungsstil prädestiniert für spätere schwere Psychopathologie wie Bindungsstörungen und dissoziative Störungen (Main & Salomon, 1986).

Ein Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung und Aufmerksamkeitsstörungen inklusive ADHS wird diskutiert. Feindliche und ängstliche Verhaltensweisen der Mutter in der Interaktion mit dem desorganisierten Kind scheinen häufig im Zusammenhang mit ungelösten traumatischen Erfahrungen der Mutter aufzutreten.

Therapeutische Konsequenzen aus der Bindungsforschung

Hauptaufgaben des Therapeuten/ Beraters:

- als sichere Basis für seine Klienten fungieren
- die Beziehung des Klienten zu seinen aktuell wichtigsten Bezugspersonen gemeinsam mit ihm zu reflektieren
- die Beziehung des Klienten zu ihm als Therapeuten/ Berater als einer Beziehungsfigur mit ihm zu betrachten
- die aktuelle Sicht der Welt des Klienten mit ihm zu untersuchen
- mit ihm zu überlegen, ob seine Arbeitsmodelle angemessen sind

Anamnese der Bezugspersonen und dem Kind

- Ressourcen-/ Traumalandkarte
- Genogramm
- AAI: Adult Attachment Interview
- Ausführliches Interview über die Lebensgeschichte der Bezugspersonen, 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...

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

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

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

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)

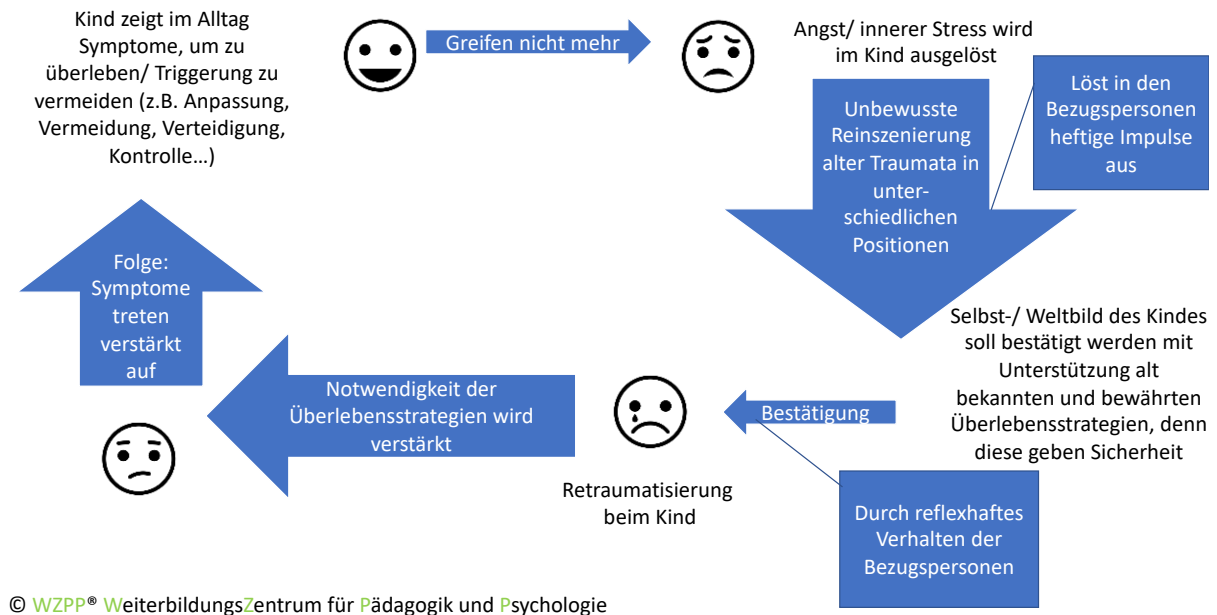
© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Bei bindungstraumatisierten Kindern:

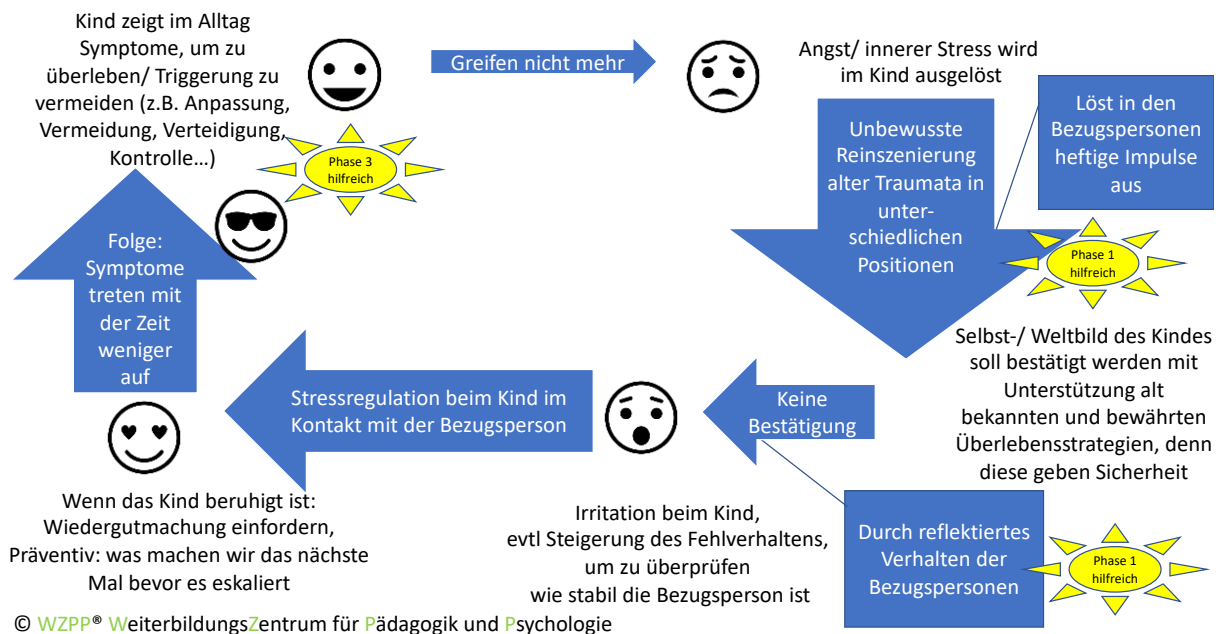
- Phase 3: Lebensgeschichte mit dem Kind

- 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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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?

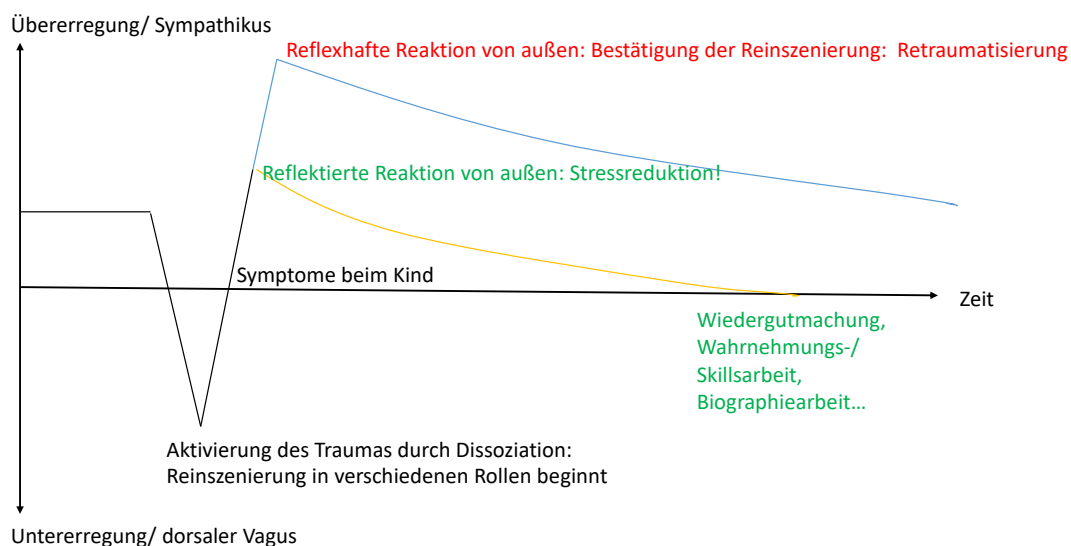
Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun?

Triggerdiskrimination/ Einüben von Stressregulationsstrategien

Dies führt zu mehr Bewusstsein über sich Selbst

6. Wiedergutmachung ist obligatorisch!

WZPP®



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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)

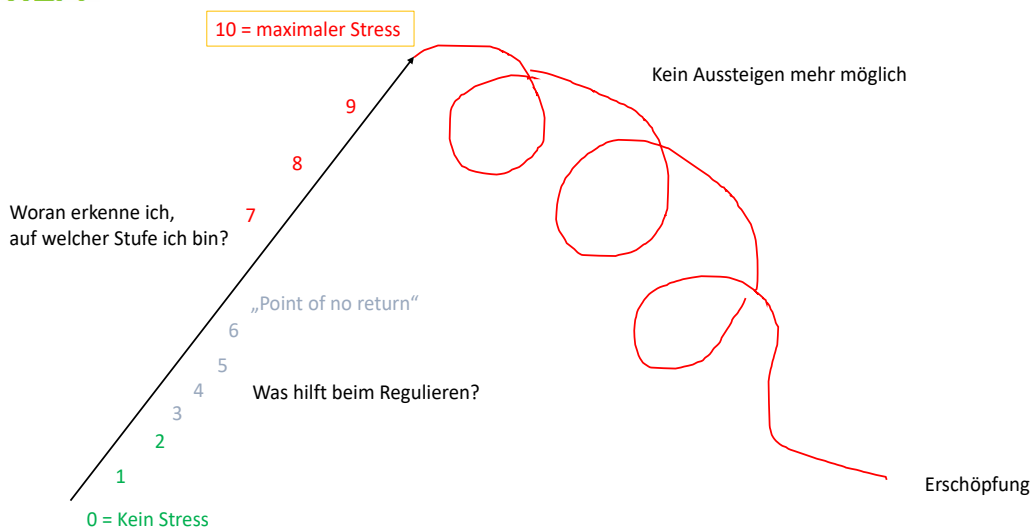
Unseren Gegenüber regulieren (im High-Level ist kein Gespräch möglich)

- 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)

WZPP®



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

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 Stressstufen und was tun wir selbst?

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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**

Zur Behandlung früher Traumata

Menschen jeden Alters müssen sich wohl, sicher, gehalten und gesehen fühlen, um bereit zu sein, an ihren Problemen, Belastungen und Traumata zu arbeiten. Es ist die Aufgabe des Therapeuten seinem Gegenüber, sei es gegenüber dem Kind oder gegenüber seinen Bezugspersonen mit Feinfühligkeit, Wertschätzung, Respekt und einem Wohlwollen zu begegnen. Es muss ein Raum der Geborgenheit entstehen, in dem sich der Gegenüber ohne Angst öffnen kann, aber gleichzeitig nicht das Gefühl eines Kontrollverlusts erfährt. Ein transparentes Vorgehen, ein Erklären jeden Schrittes und sich die Erlaubnis für jeden nächsten Schritt, auch vom Kind (!), geben zu lassen, ist mit eine der wesentlichen Grundhaltungen, die ein Therapeut für die Traumaaarbeit verinnerlichen und authentisch mit seinem gesamten Wesen, seiner inneren Haltung und seinem Handeln leben sollte (Renggli, 2013).

Renggli schreibt dazu: „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).

Die Französin Caroline Eliacheff beschreibt die Haltung des Therapeuten wie folgt: „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).

Im nächsten Schritt benötigen die Bezugspersonen Entlastung von der „Schuldfrage“. Es geht nicht darum, jemanden „an den Pranger“ zu stellen oder gar „niederzumachen“. Es wird niemanden eine „böse Absicht“ unterstellt. Es geht darum, die gesamte Situation wahrzunehmen, anzuerkennen und Symptome in ihrer Sinnhaftigkeit zu verstehen. Jedes Symptom hatte zu Beginn seiner Entstehung einen für diesen Moment nachvollziehbare Zweckmäßigkeit, die im Hier und Jetzt aber nicht mehr angebracht ist. Die Schwierigkeiten im Hier und Jetzt deuten auf eine frühere Verletzung, ein Trauma hin, das, wenn es im vorsprachlichen Bereich stattgefunden hat, unter Umständen nicht oder nur bedingt erinnerbar und vorwiegend körperlich abgespeichert ist. Es ist nun die gemeinsame Aufgabe der Bezugspersonen und des Therapeuten, sich gemeinsam auf die Suche nach dem Ursprung der früheren Verletzung zu machen, um diesen wahrzunehmen, anzuerkennen und lösen zu können (Renggli, 2013).

Auch die Aufklärung der Bezugspersonen und des Kindes (!), die sogenannte Psychoedukation, über die Entstehung der Schwierigkeiten, über die ehemals Sinnhaftigkeit der Symptome und das weitere Vorgehen entlasten. Die Kinder und die Bezugspersonen müssen darüber aufgeklärt werden, ohne sie zu entmutigen, dass für eine gelungene Traumaintegration, das Trauma nochmals aktiviert und durchlebt werden muss, damit eine Heilung stattfinden kann. Dieser Prozess kann überaus schmerzhaft sein. „Wenn sie den Mut haben, durch das Leiden hindurchzugehen, werden sie eine große Erfüllung und einen tiefen Frieden erleben“ (Renggli, 2013).

Ein Grundprinzip in der Traumaaarbeit ist vor und während der Bearbeitung und Integration des Traumas das Aktivieren von Ressourcen auf verschiedenen Ebenen. Es reicht nicht, sich an eine Ressource rein gedanklich, kognitiv zu erinnern. Die Ressource muss körperlich gespürt und nachempfunden werden. Nicht nur Traumata werden körperlich abgespeichert, auch Ressourcen finden ihre entsprechenden Prägungen im Körper. Mit dem bewussten Spüren der Ressource im Körper soll sichergestellt werden, dass auch im Gehirn entsprechende Bereiche aktiviert worden sind. Ressourcen sind die Quellen der Kraft, sie geben Sicherheit und Schutz vor einer Überflutung durch das Trauma. Ohne ein Aktivieren von Ressourcen kann eine Traumaaarbeit, die sich nur auf das Trauma selbst konzentriert, nicht gelingen. Dies gilt auch ganz besonders bei der Traumaaarbeit mit 0-3jährigen Kindern.

Traumatisierte Menschen, egal welchen Alters, befinden sich unter der Traumaaktivierung in der Vergangenheit, und zwar emotional in dem Alter, in dem sie das Trauma erfuhren. Aktivierte Ressourcen helfen ihnen, mit einem Fuß in der Gegenwart und damit in Sicherheit zu bleiben. **Das Pendeln zwischen Trauma und Ressource ist bei jeder Traumarbeit das wesentliche Kernstück.**

Der Inhalt der Ressource sollte sich inhaltlich im Wesentlichen zum Traumainhalt konträr verhalten. **Bei den 0-3jährigen Kindern spielt besonders auch die Beziehung zu den Bezugspersonen als mögliche Ressource eine große Bedeutung. Sind die Bezugspersonen selbst noch in ihrem eigenen Trauma, Konflikt, Belastung gefangen, sind sie nicht in der Lage für das Kind als sichere Basis, als Ressource mit feinfühligster Beziehung und Bindung zur Verfügung zu stehen. Aus diesem Grund sollten vor der Traumabearbeitung mit dem Kind die Belastungen der Bezugspersonen, sowie die Beziehung zwischen den Bezugspersonen und dem Kind bearbeitet werden.** Erst wenn sich die Bezugspersonen von ihren eigenen Belastungen (Konflikte, Traumata, Schuldgefühle etc.) befreit haben, sind sie in der Lage eine gute feinfühligste Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und ihm als sichere Basis und Ressource für die Traumabehandlung zur Verfügung zu stehen. **Gleichzeitig kann damit gewährleistet werden, dass das Kind nicht nach erfolgreicher Behandlung, erneut, dieses Mal sekundär, von den Bezugspersonen traumatisiert wird.** Sind die Bezugspersonen nämlich noch immer in ihrer eigenen Belastung, in ihrem Trauma gefangen, hat dies weiterhin Auswirkungen auf ihre Beziehung und Bindung zum Kind und auf das Wohlbefinden des Kindes. Je jünger das Kind desto mehr ist sein Wohlbefinden und sein seelisches Gleichgewicht vom Wohlbefinden der Bezugspersonen abhängig.

Parallel dazu ist es von großer Bedeutung den Blick der Bezugspersonen, weg „von dem, was belastend ist“, hin „zu dem, was gut ist“ zu lenken. In ihrer eigenen Belastung haben viele Bezugspersonen diesen positiven Blick verloren und belasten sich, die Partnerschaft und die Beziehung zum Kind und damit wiederum das Kind selbst, in der Konzentration auf die Schwierigkeiten noch mehr. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, konsequent von der ersten Begegnung an, Positives wahrzunehmen und auch gegenüber den Bezugspersonen zu benennen. Bisherige Lösungsversuche der Bezugspersonen müssen anerkannt und wertgeschätzt werden. Dies muss aber gleichzeitig mit einer großen Feinfühligkeit geschehen. Die Bezugspersonen müssen sich dennoch in ihrer Belastung und Sorge ernst und angenommen fühlen.

In der direkten Traumarbeit, die bei jüngeren Kindern auch immer Körperarbeit ist, ist eine Verlangsamung des Prozesses von großer Bedeutung (Renggli, 2013). Dem Baby, aber auch seinen Bezugspersonen soll Raum und Zeit gegeben werden – Raum, um zur Ruhe zu kommen, die Geborgenheit zu fühlen und um sich öffnen zu können. Stress und Zeitdruck verhindern einen guten Prozess und kann die Problematik noch verschlimmern. Ist der Therapeut selbst in seinem inneren Gleichgewicht, in seiner Authentizität und vertraut er auf den Prozess und auf die Selbstheilungskräfte des Kindes und seiner Bezugspersonen, strahlt er automatisch Ruhe und Zuversicht aus, die sich direkt auf das Kind und seine Bezugspersonen übertragen. Die gesamte Behandlung sollte sich mehr als ein prozess- und weniger als ein zielorientiertes Vorgehen gestaltet werden. Die Selbstheilungsprozesse und der Körper des Betroffenen kennen den Weg zur Heilung (Renggli, 2013). Der Therapeut

begleitet diesen Prozess, gibt den notwendigen Rahmen und hilft feinfühlig weiter, wenn der Prozess ins Stocken gerät

Wie kann eine direkte Arbeit mit Babys und Kleinkindern nun direkt aussehen?

Sind die bereits genannten Grundprinzipien erfolgt und verinnerlicht, kann mit der direkten Arbeit mit dem Baby oder dem Kleinkind begonnen werden. Wichtig ist nochmals zu betonen, dass auch ein Baby bereits als ein voll erlebendes, menschliches Wesen angesehen werden muss, das auch versteht, was um ihn herum und auch direkt mit ihm gesprochen wird. **Die Arbeit mit Babys und Kleinkindern setzt eine Verlangsamung des Prozesses und eine große Feinfühligkeit voraus.** Jeder Schritt des Vorgehens sollte vorab mit dem Baby und dem Kleinkind besprochen werden. Um den Kindern das Gefühl von größtmöglicher Sicherheit zu gewährleisten, sollte die Traumaarbeit in Anwesenheit der primären Bezugsperson stattfinden. **In der Regel, aber besonders bei einer guten Bindung zwischen Kind und Bezugsperson, ist die primäre Bezugsperson die größte Ressource, die ein Kind haben kann und die im Prozess der Traumaintegration auch genutzt werden sollte.**

Nach dem oben angeführten Vorgespräch, der Arbeit mit den Bezugspersonen und, soweit notwendig, dem Beginn des Aufbaus einer guten und sicheren Beziehung zwischen Bezugspersonen und Kind, beginnt die Traumaarbeit mit dem Kind direkt. Bei dieser Arbeit muss zum einen die Arbeit mit den Babys, zwischen null bis etwa ersten Lebensjahr, und mit den Kleinkindern, ab dem ersten Lebensjahr, unterschieden werden.

Arbeit mit den Babys

Zu Beginn der Sitzung wird das Baby mit Elektroden eines Herzfrequenzmessgeräts versehen. Das Baby fühlt sich in der Regel davon nicht gestört und „ignoriert“ diese Verkabelung.

Der Vorteil einer Arbeit mit einem Herzfrequenzmessgeräts ist, dass anhand der Herzfrequenz deutlich festgestellt werden kann, ob und wann das Baby „unter Stress“, also im Trauma ist und wann das Trauma durchgearbeitet und das Baby wieder entspannt ist. Ist das Baby „unter Stress“ steigt die Herzfrequenz deutlich an (Herzfrequenz von über 190). Ist das Trauma durchgearbeitet, sinkt die Herzfrequenz wieder in den Normbereich (Herzfrequenz von ca 145). Es ist aber auch ohne Messgerät, nämlich an der gesamten Körpersprache des Babys deutlich ablesbar, wie es dem Baby geht. Besonders feinfühlige Bezugspersonen können die Körpersprache ihres Babys sehr gut lesen. Ist das Baby unter Stress zeigt es einen erhöhten Muskeltonus, wirkt unruhig, sucht den Kontakt zur Bezugsperson und äußert verbal deutlich seinen Unmut. Das Bindungsbedürfnis des Babys ist deutlich aktiviert, das Explorationsverhalten eingeschränkt. Ist das Baby entspannt, spielt es mit seinen Händen, Füßen oder einem Spielzeug und gibt zufriedene Laute von sich. Das Bindungsbedürfnis hat sich beruhigt, das Explorationsverhalten ist aktiviert.

Die Babys liegen entspannt auf dem Boden, die Bezugsperson sitzt neben ihnen mit dem direkten Blick zum Baby. Der Therapeut sitzt an den Füßen der Babys. Die Bezugsperson nimmt Kontakt zum Baby auf und erzählt ihm positive Erfahrungen, um die Ressourcen des Babys größtmöglich zu aktivieren. Das Ziel dieser ersten Phase ist es zum einen, die Herzfrequenz im Normbereich festzustellen, zum anderen aber einen maximalen Kontrast zum Trauma und eine Verankerung in der Gegenwart zu gewährleisten.

In der zweiten Phase beginnt die Bezugsperson, dem Baby „seine eigene persönliche Traumageschichte aus der Sicht des Babys“ zu erzählen. Dabei ist zu beachten, dass das gesamte Wesen des Babys dabei erfasst wird. Das Trauma muss kognitiv, über die Fakten des Traumas, emotional, was hat das Baby wahrscheinlich in diesem Moment empfunden, und physiologisch, wo im Körper sind die Emotionen verankert, aktiviert werden. Die physiologische Verankerung ist meist über die Symptome sehr leicht erkennbar. Hat ein Baby zum Beispiel viel Bauchweh, ist die physiologische Verankerung in der Regel in der Bauchgegend. Diese Phase muss mit den Bezugspersonen gut vorbereitet werden – der Therapeut kann sich aber auch in die Geschichte miteinschalten und Wahrnehmungen ergänzen. Die Babys fühlen sich dadurch in der Regel nicht gestört.

Die Geschichte des Kindes muss für das Kind eine inhaltliche Sinnhaftigkeit und Erklärungen für das Kind wahrscheinlich nicht erklärbare Ereignisse beinhalten. Es geht nicht darum, das Kind zu trösten oder sein Leiden herunterzuspielen („Es war ja nicht so schlimm“). Es geht in der Geschichte darum, wahrzunehmen und anzuerkennen, was war, die Fakten in eine chronologische Reihenfolge mit einer eigenen Sinnhaftigkeit (roter Faden) und eine klare Haltung zwischen Recht und Unrecht einzunehmen.

Ist das Baby im Trauma (Stresssymptome sind erkennbar, die Herzfrequenz ist deutlich erhöht (>190)), beginnt der Therapeut mit der bilateralen Stimulierung (EMDR). Die bilaterale Stimulierung erfolgt durch schnelles Tapping, leichtes bilaterale (rechts/links im Wechsel) Klopfen, an den nackten Fußsohlen. Diese Stimulierung unterstützt das Gehirn, die Selbstheilungskräfte zu aktivieren und die belastenden Erfahrungen zu verarbeiten. Während der Stimulierung erzählt die Bezugsperson weiterhin belastendes Material. Die Stimulierung erfolgt so lange, bis das Trauma durchgearbeitet ist, die Stresssymptome nachgelassen haben und die Herzfrequenz gesunken ist (ca. 145).

„Hängt“ der Prozess und das Baby scheint „im Trauma gefangen“, kann es durch Einweben von Ressourcen, verbal (zum Beispiel: Bewunderung wie toll es alles gemacht hat) oder physiologisch (zum Beispiel: die Hand auf den Bauch legen), unterstützt werden.

In der dritten Phase ist das Baby meist erschöpft, wirkt aber gelöst und erleichtert. Die Bezugsperson berichtet dem Baby wieder positive Erlebnisse, erkennt die harte Arbeit des Babys an, lobt es, aktiviert nochmals die Ressourcen des Babys.

Im Nachklang schlafen die Babys häufig erschöpft ein. Eventuell zeigen sie nach dem Aufwachen noch etwas Unruhe, aber eine Verbesserung der Symptomatik ist zeitnah beobachtbar und fühlbar.

Arbeit mit Kleinkindern und Vorschulkindern

Kleinkinder sind im Gegensatz zu Babys mobiler. Kleinkinder bleiben nicht immer sitzen, um die Geschichte zu hören. Sind sie unter Stress, agieren sie diesen nicht selten körperlich aus, indem sie aufstehen und herumlaufen. Das ist vollkommen in Ordnung und kann als Bewältigungsstrategie angesehen werden. Manchmal kann das Aufstehen aber auch als Vermeidungsverhalten vor den unangenehmen Gefühlen angesehen werden. Dann sollte dem Kind nochmals kurz der Sinn des Vorgehens erklärt werden und es dann sanft, aber bestimmt „zurückgeholt“ werden.

Wie bei den Babys sitzen die Kleinkinder bei ihrer Bezugsperson – meist auf dem Schoß oder an sie gekuschelt. Vorab wird geklärt, ob die Kleinkinder direkt angefasst werden möchten oder ob lieber ein „Stellvertreter“, zum Beispiel ein Plastiktier, von einem Knie zum anderen hüpfen soll. Die meisten Kinder entscheiden sich für das Tier.

In der ersten Phase werden auch hier Ressourcen der Gegenwart aktiviert. Als Ressourcen eignen sich besonders Themen, die inhaltlich die Selbstwirksamkeit und positive Bewältigungsstrategien beinhalten.

In der zweiten Phase beginnt die Bezugsperson „die Traumageschichte des Kindes aus dessen Sicht zu erzählen“. Die Geschichte kann „direkt“ erfolgen – das Kind ist klar der Hauptakteur – oder „indirekt“ – das Kind wird von einem Stellvertreter zum Beispiel einem kleinen Hund vertreten. Die indirekte Variante ermöglicht dem Kind mehr Distanz zum Trauma und „die Gefahr“, dass das Kind sich zu sehr ins Trauma begibt und zum Beispiel zu dissoziieren beginnt, ist damit gemildert. Bei der direkten Variante kommt das Kind sehr schnell ins Trauma und die Gefahr, dass es sich in der Geschichte über den Stellvertreter „verliert“, ist nicht gegeben. Insgesamt ist auch hier zu beachten, dass das gesamte Wesen des Kindes dabei erfasst wird. Das Trauma muss kognitiv, über die Fakten des Traumas, emotional, was hat das Kind wahrscheinlich in diesem Moment empfunden, und physiologisch, wo im Körper sind die Emotionen verankert, aktiviert werden. Die physiologische Verankerung ist meist über die Symptome sehr leicht erkennbar bzw. das Kind berichtet meist spontan selbst und ergänzt die Geschichte. Ergänzungen der Geschichte durch das Kind sind durchaus erwünscht. Es muss dabei nur beachtet werden, dass das Kind dabei nicht von der Geschichte „ablenkt“ (Vermeidungsverhalten). Das Kind sollte bei seiner Version der Geschichte nicht durch die Bezugsperson korrigiert werden, da es seine persönliche individuelle Sichtweise darstellt und daher seine Realität ist. Im Gegenteil: bringt sich das Kind mit seiner eigenen individuellen Sichtweise mit ein, sollte dies gewürdigt werden. Darin besteht gleichzeitig die Chance, Sichtweisen des Kindes in Zusammenhänge zu setzen, Verantwortungen zu klären (das Kind trägt keine Schuld!) und klar Position zwischen Recht und Unrecht zu beziehen. Diese Phase muss mit den Bezugspersonen gut vorbereitet werden – der Therapeut kann sich aber auch in die Geschichte miteinschalten und Wahrnehmungen ergänzen.

Die Geschichte des Kindes muss für das Kind eine inhaltliche Sinnhaftigkeit und Erklärungen für das Kind wahrscheinlich nicht erklärbare Ereignisse beinhalten. Es geht nicht darum, das Kind zu trösten oder sein Leiden herunterzuspielen („Es war ja nicht so schlimm“). Es geht in der Geschichte darum, wahrzunehmen und anzuerkennen was war, die Fakten in eine chronologische Reihenfolge mit einer

eigenen Sinnhaftigkeit (roter Faden), Verantwortungen zu klären und eine klare Haltung zwischen Recht und Unrecht einzunehmen.

Während der gesamten zweiten Phase erfolgt die bilaterale Stimulierung (EMDR) des Kindes. Die bilaterale Stimulierung erfolgt durch schnelles Tapping, leichtes bilaterales (rechts/links im Wechsel) Klopfen, auf den Knien oder durch ein auf den Knien des Kindes hin und her hüpfendes Plastiktier. Diese Stimulierung unterstützt das Gehirn, die Selbstheilungskräfte zu aktivieren und die belastenden Erfahrungen zu verarbeiten.

„Hängt“ der Prozess und das Kind scheint „im Trauma gefangen“, kann es durch Einweben von Ressourcen, verbal (zum Beispiel: Bewunderung wie toll es alles gemacht hat) oder physiologisch (zum Beispiel: die Hand auf den Bauch legen), unterstützt werden.

Steht das Kind während des Prozess auf, sollte dies, wie beschrieben, gewährt und als Bewältigungsmechanismus gewürdigt werden – allerdings wieder nur, wenn das Aufstehen zum Stressabbau und nicht zur Ablenkung von der Geschichte (Vermeidungsverhalten) angesehen werden kann. Es sollte auch versucht werden, weiterhin bilateral zu stimulieren, um das Gehirn weiter bei der Verarbeitung der belastenden Erinnerungen zu unterstützen. Da das Vorgehen vorab mit dem Kind besprochen wurde, reicht meist eine Erinnerung an, damit sich das Kind weiter auf den Prozess einlässt.

In der dritten Phase ist das Kind meist erschöpft, wirkt aber gelöst und erleichtert. Die Bezugsperson berichtet dem Kind wieder positive Erlebnisse, fasst für das Kind ein positives Fazit zusammen (zum Beispiel: „Jetzt bist Du in Sicherheit und Du bist Dir sicher, dass Du geschützt und geliebt bist.“), erkennt die harte Arbeit des Kindes an, lobt es, aktiviert nochmals die Ressourcen des Kindes. Als zusätzliche Ressource nach dem gesamten Prozess (nach Abschließen der dritten Phase) kann auch ein gemeinsames Spiel angesehen werden, das sich das Kind natürlich zur Belohnung selbst aussuchen darf. Wichtig ist, dass das Kind die Praxis ohne Stress und in guter Stimmung verlässt.

Im Nachklang sind die meisten Kinder sehr müde. Kleinkinder haben aber unter Umständen in diesem Moment keine Lust zu schlafen und zeigen sich dann überdreht und unruhig. In den darauffolgenden Tagen beschäftigen sich häufig verstärkt mit dem bearbeiteten Thema. Stellen noch offene Fragen oder vergewissern sich bei einzelnen Aspekten nochmals nach. Auch hier ist zeitnah eine Verbesserung der Symptomatik erkennbar.

Traumanarrativ & Durcharbeitung (in-sensu-Exposition)

Erlebtes aktiv und chronologisch in seiner zeitlichen Limitierung rekonstruieren (autobiografisches Gedächtnis)

Fragmentierte Gedächtnisinhalte aktivieren, mit Inhalte des deklarativen Gedächtnisses verknüpfen

Verlängerte Exposition, um emotionales Netzwerk zu verändern (assoziative Reiz-Reaktions-Verbindungen)

Emotionale und physiologische Reaktionen in Raum und Zeit ankern

Neubewertung von Vergangenem und Anerkennung der Auswirkungen der Traumata auf das weitere Leben

Unterstützung bei der chronologischen Darstellung

Tempo und emotionale Belastung steuern (Fokus auf Details, Ebenenwechsel)

„schlimmsten Momente“ identifizieren

Bei Bedarf Belastungsrad ermitteln davor, während und danach

Flashbacks, Dissoziation, Vermeidung beachten (Verbalisieren, Außenorientierung, Gegenwartsbezug)

Sitzungsende, wenn die Angstkurve unten (Sicherheit)

Reflexion und Vorbereitung der Mitteilung an die Eltern

Allgemeine Hinweise

Egal in welchem Alter sich das Kind befindet, sollte mit dem Kind direkt gesprochen werden. Dies gibt dem Kind die Möglichkeit sich selbst als Person, als „Subjekt“ (Eliacheff, 2015), und auch seinen Körper in der Gegenwart wahrzunehmen oder wie Eliacheff beschreibt „zu besetzen“ (Eliacheff, 2015).

Das Kind sollte im Prozess nicht getröstet werden. Es geht vielmehr darum, sein Leiden zu verstehen, zu benennen und in seine Lebensgeschichte zu integrieren. Psychoanalytisch drückt es Eliacheff wie folgt aus: „Vielmehr wird das Leiden symbolisiert, indem man die Geschichte des Kindes neu fasst, durch die Verknüpfung mit seinen Ursprüngen seine Identität festigt und ihm ermöglicht, seine Rechte als Subjekt wahrzunehmen“ (Eliacheff, 2015).

In der Arbeit mit Babys und Säuglingen wird immer wieder diskutiert, ob man „wirklich alles“ den Kindern erzählen solle. Die Antwort ist ja. Es ist nämlich davon auszugehen, dass das Kind, zumindest intuitiv, bereits Kenntnisse davon hat. Alles, was nicht gesagt wird, wird der Fantasie und der Unsicherheit überlassen (Eliacheff, 2015). Diese Unsicherheit zu ertragen, ist in der Regel deutlich belastender, als das zu erfahren, was zumindest intuitiv bereits bekannt ist. Gleichzeitig gibt das Benennen die

Möglichkeit Zusammenhänge zwischen dem Geschehen, den dahinterstehenden Absichten und den, meist rein körperlichen, Symptomen herzustellen.

Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen hingegen sollten vermieden werden. Den Kindern muss eine klare Haltung vermittelt werden, was richtig und was falsch ist. Sie müssen sich sicher sein, dass sie für das, was ihnen geschehen ist, keine Verantwortung tragen. Die Verantwortung für das Geschehene liegt grundsätzlich beim Erwachsenen!

Im Gegensatz zu der rein psychoanalytischen Arbeit von Eliacheff, in der Kinder nicht berührt, sondern nur mit ihnen gesprochen wird, werden in dem hier vorgestellten Ansatz die Kinder, nach vorheriger Erlaubnis, auch berührt. Berührungen können gerade bei traumatisierten Menschen und vor allem wenn die Traumata im körperlichen Bereich stattgefunden haben, auch als heilsam erlebt werden.

Des Weiteren finden diese Berührungen im Rahmen der I.B.T.-Behandlung im Sinne einer bilateralen Stimulierung statt. Möchte ein Kind nicht berührt werden, muss dies ohne Diskussion akzeptiert werden. Manche Kinder lassen sich zwar nicht auf eine direkte, aber auf eine indirekte Art von Berührungen ein, z.B. durch eine Spielzeugfigur, die von einem Knie zum anderen hüpft.

Behandlungsplanung

Ein allgemeiner Therapieplan bei Monotrauma kann wie folgt aussehen:

1. Sitzung: Vorgespräch und Psychoedukation nur mit den Eltern
- Anamnese und Behandlungsplanung
2. Bezugspersonensitzung zur Aufarbeitung der Geschichte des Kindes aus Sicht der Bezugsperson (Methode I.B.T.)
3. Bei Bedarf Sitzung Bezugsperson/ Kind zur Diagnostik/ Arbeit mit der Bindung
4. Sitzung Bezugsperson und Kind zur Bearbeitung der Geschichte des Kindes (Methode I.B.T.)

Neben diesem Standardvorgehen gibt es weitere Möglichkeiten mit Narrativen zu arbeiten.

Liegt das Trauma in der präverbalen Altersphase, sind globale Themen wie Bindung, Adoption angesprochen, sind keine konkreten Erinnerungen vorhanden oder dominieren dysfunktionale Selbstüberzeugungen ohne traumatisierendes Ereignis, so kann ein Lebensnarrativ erstellt werden. Die Geschichte umfasst eine kurze ressourcenorientierte Einleitung und schildert dann die zu prozessierenden biografischen Aspekte.

Im spieltherapeutischen Setting hat der Therapeut die Möglichkeit, Handlungsabläufe, die das Kind auf der analogen Ebene inszeniert, spontan als traumabezogene Geschichte nachzuerzählen und dabei das Kind bilateral zu stimulieren.

Bisherige besondere Erkenntnisse aus der Traumaarbeit mit Babys, Kleinkindern und Vorschulkindern

Traumaarbeit wirkt – auch oder gerade bei Babys und Kleinkindern! Im Blick auf die möglichen Traumafolgestörungen und dem daraus resultierenden lebenslangen Leiden ist ein traumatherapeutisches Arbeiten mit Babys und Kleinkindern unentbehrlich. Bisherige Erfahrungen zeigen auch, dass eine sehr hohe Effektivität der Traumaarbeit besteht. In der Jahreskatamnese (Interview der Eltern bezüglich (Trauma) Stress-Symptome) kann die Wirksamkeit des traumatherapeutischen Arbeitens eindeutig nachgewiesen werden.

Der Unterschied bei der Behandlung von Babys und Kleinkindern im Vergleich zu älteren Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen ist, dass die Behandlungsdauer deutlich verkürzt ist. Im Durchschnitt sind 2,5 traumatherapeutische Sitzungen mit dem Baby oder Kleinkind direkt notwendig.

Erwähnenswert ist auch der Faktor Bezugspersonen in der direkten Traumaarbeit mit den Kindern. Die Bezugspersonen stellen, wie bereits erwähnt, eine große Ressource und die Verankerung in die Gegenwart dar. Gleichzeitig sind die Bezugspersonen aber in der Regel auch die Personen, die das Kind in das Trauma „hineinbegleiten“. Bisher Beobachtungen zeigten, dass feinfühligere Bezugspersonen dies deutlich besser gelang als weniger feinfühligere Bezugspersonen bzw. Bezugspersonen, die auf Grund eigener Belastungen noch zu sehr „mit sich selbst“ beschäftigt waren und damit nicht in der Lage, eine „good-enough-mother“ im Sinne nach Winnicott zu sein. Dadurch entstanden Störungen auf der Bindungsebene, die unter anderem eine spontane Traumaintegration des Kindes erschwerten. Im Blick auf die Polyvagal-Theorie und auch nach Levine erhalten die Säuglinge und Kleinkinder über den feinfühligsten Kontakt zur Bezugsperson eine Beruhigung des Bindungssystems. Ein Gefühl der Sicherheit kann entstehen (max. Kontrast zur traumatischen Situation). Erst dadurch ist eine Traumaintegration bei dem Kind überhaupt möglich.

Warum ist das so?

Feinfühligere, „traumafreie“ Bezugspersonen scheinen, über ein „besseres Gespür“ für die emotionale Notlage der Babys und Kleinkinder zu verfügen. Sie können sich besser als weniger feinfühligere, evtl. noch traumatisierte Bezugspersonen in das Kind hineinversetzen, die Symptomatik nachempfinden und daraus Rückschlüsse auf die emotionale, kognitive und physiologische Situation der Kinder im Trauma schließen. Damit ist eine ganzheitliche Aktivierung des Traumas beim Baby und Kleinkind möglich.

Gleichzeitig können sich feinfühligere Bezugspersonen auch im Ressourcenteil besser auf die Kinder einstellen und ihnen als „sichere Basis und Anker der Gegenwart“ zur Verfügung stehen. Im Blick auf die Polyvagal-Theorie und auch nach Levine erhalten die Säuglinge und Kleinkinder über den feinfühligsten Kontakt zur Bezugsperson eine

Beruhigung des Bindungssystems. Ein Gefühl der Sicherheit kann entstehen (max. Kontrast zur traumatischen Situation). Erst dadurch ist eine Traumaintegration bei dem Kind überhaupt möglich.

Bei selbst traumatisierte Bezugspersonen, die sich einer eigenen Behandlung entziehen, besteht die Gefahr, dass sie die Kinder, nach erfolgreicher Behandlung dieser, erneut auf Grund ihres eigenen Trauma bedingten Verhaltens erneut sekundär traumatisieren bzw. eine unsichere oder gar desorganisierte Bindung zum Kind aufbauen. Des Weiteren sind traumatisierte Bezugspersonen nicht in der Lage im Sinne von Winnicott eine „good-enough-Mother“ zu sein. Störungen auf der Bindungsebene entstehen. Nach der Polyvagal-Theorie nach Porges nehmen die Kinder über körperliche Wahrnehmung über den Vagus-Nerv die „anscheinende“ Bedrohung, die durch die Bezugspersonen signalisiert wird“ wahr und bleiben in ihrem eigenen Trauma gefangen.

Kritiker äußern häufig die These, dass die Kinder nicht in ihrem eigenen Trauma getriggert seien, sondern dass die Bezugsperson über ihr eigenes Verhalten (Mimik, Gestik, Sprache) das Kind unter Stress setzen würden. Sicherlich werden die Kinder auf der körperlichen unbewussten Ebene auch von den Bezugspersonen „angesteckt“. Die aktuelle Forschungslage bestätigt aber auch, dass Kinder bereits sehr früh im impliziten Körpergedächtnis sehr frühe Traumata abspeichern, die weitreichende Folgen haben können (Levine, 2015). Treffen diese Kinder nun auf traumatisierte Bezugspersonen bleiben sie in ihrem eigenen Trauma gefangen, da getriggerte Bezugspersonen körperlich weiterhin auf eine anscheinend bestehende Gefahr hinweisen und damit das Kind selbst wiederum getriggert wird. Treffen die traumatisierten Kinder auf nicht traumatisierte Bezugspersonen ist die Möglichkeit einer „spontanen Selbstheilung“ deutlich größer, da die Bezugspersonen das Bindungssystem des Kindes beruhigen, anstatt weiter anzuregen. Dennoch können diese frühe im impliziten Körpergedächtnis abgespeicherten Traumata auch weiterbestehen, sollten die Resilienzfaktoren des Kindes zur spontanen Selbstheilung nicht ausreichen. Dann „verwächst“ sich das Trauma nicht, sondern bleibt bis zu seiner Integration bestehen.

Des Weiteren kann dieser These entgegengesetzt werden, dass die Kinder, während dem Prozess selbst interessanterweise nur auf Themen innerhalb von Millisekunden mit Stress reagieren, die sie tatsächlich selbst betreffen und belasten. Auf Themen, die zwar die Bezugspersonen nachvollziehbar und deutlich spürbar belasten, das Kind jedoch emotional nicht, reagiert das Kind während dem Prozess deutlich verzögert mit Stress und auch nur nach andauernder und anhaltender Aussetzung des Stress der Bezugsperson.

Wie kann das sein?

Wie bereits erwähnt, sind die Kinder von Geburt an in der Lage, mit allen Sinnen ihre Umwelt wahrzunehmen. Sie können Gesagtes verstehen und Erklärungen verinnerlichen. Wird den Kindern der Prozess erklärt, verstehen sie, dass es in diesem Moment um sie selbst und ihre eigenen Belastungen bzw. um ungute Wechselwirkungen in den Beziehungen zu ihren Bezugspersonen geht, die sie aber

auch selbst belasten und daher eine Symptombildung mit sich bringen. Mit ihrem gesamten Verhalten, in ihrer eigenen Sprache geben sie zu erkennen, dass sie sich auf den Prozess einstellen und bereit sind, daran zu arbeiten. Die Kinder wirken dabei konzentriert. Auf Belastungen, die nur die Bezugspersonen allein betreffen, reagierte keines der behandelten Kinder während dem Prozess mit Stress. Neurobiologisch gesehen kann im Gehirn der Kinder kein passendes Erinnerungsbild auf die wahrgenommene Emotion gefunden werden kann und es wird daher als „Unsinn“ verworfen. Ergänzend werden die vermittelten Belastungen, die die Bezugspersonen allein betreffen, durch die in der ersten Phase gezielt beim Kind aktivierten Ressourcen kompensiert. Die Ressourcen wirken als in diesem Moment als Resilienz- und Schutzfaktor. Außerhalb des Prozesses, wenn vorab keine Ressourcen gezielt aktiviert wurden, können emotionale Belastungen der Bezugspersonen, auch wenn sie das Kind selbst nicht betreffen, ängstigend und wiederrum belastend wirken. Auf Themen, die sie aber selbst belasten, die sie selbst erlebt haben und daher auch gehirnphysiologisch aktivieren können (Erinnerungsbild und körperliche Abspeicherung ist vorhanden), vor allem Erlebnisse, die mit Schmerzen verbunden oder Angst erzeugend waren, reagierten alle Kinder mit deutlichem Stress - Kinder feinfühligere Bezugspersonen deutlich stärker als Kinder weniger feinfühligere oder belasteter Bezugspersonen.

Literatur

Birsch, K-H. (2014). Säuglings- und Kleinkindalter. Klett-Cotta, Stuttgart.

Boger, K. (2021). Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern. Kohlhammer, Stuttgart.

Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M (1997) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Nervenarzt 68: 683-695

Egle UT, Hardt J, Nickel R, Kappis B, Hoffmann SO (2002) Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. Z Psychosom Med Psychother 48: 411-434

Eliacheff, C. (2015). Das Kind, das eine Katze sein wollte. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG, München.

Chamberlain, D. (1990). Woran Babys sich erinnern. Kösel-Verlag, München.

Cierpka, M. (Hrsg.) (2014). Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Springer-Verlag, Berlin und Heidelberg.

EMDRIA Deutschland e.V. (2015). www.emdria.de

Hensel, T. (Hrsg.) (2007). EMDR mit Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen.

Hüther, G. und Krens, I. (2008). Das Geheimnis der ersten neun Monate. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Janus, L. (2011). Wie die Seele entsteht. Mattes Verlag GmbH, Heidelberg.

Kluge, C. (2010). Auswirkungen von Schwierigkeiten der Selbstregulation bei frühgeborenen Kindern und ihren Eltern. In: Frühgeborene in der Kinderarztpraxis. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., Frankfurt am Main, S. 45-50.

Levine, P. (2015). Trauma und Gedächtnis. Kösel-Verlag, München.

National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.) (1999). Zero to Three: Diagnostische Klassifikation: 0-3, Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Wien. New York.

Nosarti, C., Reichenberg, A. & Murray, R.M. (2012). Preterm birth and psychiatric disorders in young adult life. Archives of General Psychiatry, 69, 610-617.

Porges, S. (2010). Die Polyvagal-Theorie. Junfermann

Raikkonen, K., Pesonen, A.-K., Heinonen, K., Kajantie, E., Hovi, P., Jarvenpää, A.-L., Erikson, J.G. & Anderson, S. (2008). Depression in Young Adults With very Low Birth Weight: The Helsinki Study Of Very Low-Birth-Weight Adults. Archive of General Psychiatry, 65, 290-296.

Renggli, F. (2013). Das goldene Tor zum Leben. Arkana, München.

Ruppert, F. (2014). Frühes Trauma. Klett-Cotta, Stuttgart.

Sarimski, K. (2000). Frühgeburt als Herausforderung - Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Hogrefe, Göttingen.

Scheeringa, M.S. & Zeanah, C.H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. Journal of Traumatic Stress, V14, 799-815.

Simons, S.H.P., van Dijk, M., Anand, K.S., Roofthoof, D., van Lingen, R.A. & Tibboel, D. (2003). Do We Still Hurt Newborn Babies? A Prospective Study of Procedural Pain and Analgesia in Neonates. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 157, 1058-1064.

Van der Kolk, B. (2016). Verkörperter Schrecken. G.P. Probst Verlag GmbH, Lichtenau/ Westf.

von der Wense, A. & Bindt, C. (2013). Risikofaktor Frühgeburt. Beltz, Weinheim. Basel.

Wolke, D. (2006). Frühkindliche Regulationsstörungen und ihre Langzeitfolgen. Kinderärztliche Praxis. Sonderheft "Frühe Gesundheitsförderung und Prävention", 11-17.

Leitfaden “AAI” - Adult-Attachment-Interview

nach Carol George und Mary Main, nach PD Dr. Karl Heinz Brisch

1. Vielleicht können Sie mir zunächst einen kurzen Überblick über Ihre damalige Familiensituation geben. Erzählen Sie mir einfach, wo Sie geboren sind, wo Sie mit Ihren Eltern gelebt haben, ob Sie häufig umgezogen sind und was Ihre Eltern beruflich gemacht haben. Haben Sie mit Ihren Großeltern als Kind viel Zeit verbracht?

Eventuell:

Starb Ihre Großmutter/Ihr Großvater väterlicherseits/mütterlicherseits, bevor Sie geboren wurden? Wie alt war Ihre Mutter/Ihr Vater damals? Hat sie/er häufig von ihr/ihm erzählt? Haben Sie Geschwister? Sind Sie zusammen mit Ihren Geschwistern bei Ihren Eltern aufgewachsen? Lebten außer Ihren Geschwistern und Ihren Eltern noch weitere Personen bei Ihnen zu Hause?

2. Können Sie nun mal versuchen, mir die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrer Mutter und zu Ihrem Vater hatten, zu beschreiben? Am besten wäre es, wenn Sie mit den frühesten Erinnerungen beginnen würden.

Falls der Proband Schwierigkeiten mit der Beantwortung dieser Frage hat, sollte mit konkreten Fragen weitergeholfen werden:

Was hat Ihre Mutter/Ihr Vater denn so mit Ihnen gemacht? Haben Sie mit Ihnen gespielt? Wann war Ihre Mutter/Ihr Vater daheim? Wie sahen die Wochenenden aus ..., haben Sie etwas zusammen unternommen? Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis mit Ihrer Mutter/Ihrem Vater erinnern?

3. Versuchen Sie nun mal, fünf Eigenschaftswörter zu finden, welche die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit (*Kindheit bis Jugend*) möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich dafür ruhig Zeit und überlegen Sie erst mal eine Minute. Danach werde ich Sie fragen, warum Sie gerade diese Eigenschaftswörter ausgewählt haben.

... gut, lassen Sie mich zu Ihrer Beschreibung noch ein paar Fragen stellen. Sie haben die Beziehung zu Ihrer Mutter als _____ beschrieben. Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden, fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?

4. So, jetzt kommen wir mal auf Ihren Vater zu sprechen. Versuchen Sie nun mal fünf Eigenschaftswörter auszuwählen, welche die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit widerspiegeln? Lassen Sie sich wieder Zeit dafür. Ich werde Sie danach ebenfalls fragen, warum Sie diese Eigenschaftswörter ausgesucht haben.

Nachfrage wie bei Frage 3.

5. Fühlten Sie sich Ihrem Vater oder Ihrer Mutter näher? Woran lag das? (Warum hatten Sie die Gefühle nicht zu ...?)

Wenn Sie die Beziehung in Ihrer Kindheit einerseits zu Ihrer Mutter und andererseits die zu Ihrem Vater vergleichen, wie unterscheiden Sie sich voneinander?

6. Wenn Sie sich als Kind nicht wohl gefühlt haben, was haben Sie dann gemacht?
(Die Person soll zu ihrer eigenen Interpretation von „nicht wohlfühlen“ angeregt werden, erst dann mit weiteren Fragen fortfahren)

- Wenn Sie als Kind Kummer hatten oder traurig waren, was haben Sie dann gemacht?
Fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?
 - Können Sie sich erinnern, was passiert ist, wenn Sie sich als Kind weh getan haben, wenn Sie sich verletzt hatten? Gibt es da eine bestimmte Situation, die Ihnen dazu einfällt?
 - Wie war das, wenn Sie als Kind krank waren? Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? Wenn berichtet wird, dass man zu den Eltern gegangen ist, soll nach Details gefragt werden, die dem Patienten spontan dazu einfallen. Danach direkt nachfragen, ob die Person von Ihren Eltern in den Arm genommen worden ist und ob Sie sich körperlichen Kontakt gewünscht hat. Nimmt die Person in ihren Antworten nur auf einen Elternteil Bezug, soll nach dem anderen Elternteil gefragt werden.
-
-
-

7. Können Sie sich erinnern, wann Sie als Kind zum ersten Mal von Ihren Eltern getrennt waren?
Wie kam es zu dieser Trennung? Wie alt waren Sie damals?
Wie haben Sie diese Trennung erlebt?
Wie haben Ihre Eltern auf diese Trennung reagiert?
Können Sie sich noch an andere Trennungserlebnisse erinnern?

8. Haben Sie sich als kleines Kind jemals abgelehnt gefühlt?
Hier ist wichtig, dass Sie diese Ablehnung als Kind so empfunden haben, auch wenn Sie dies vielleicht heute als Erwachsener ganz anders beurteilen würden.
(Eventuell ein eigenes Beispiel geben oder ein Beispiel, das schon genannt wurde, jedoch genügend Zeit für eine eigene Interpretation lassen).
Wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal so fühlten?
Wie haben Sie darauf reagiert?
Warum glauben Sie, haben sich Ihre Eltern so verhalten? Denken Sie, dass sich Ihre Eltern dieser zurückweisenden Haltung bewusst waren?

9. Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern bedroht gefühlt, vielleicht dann, wenn Ihre Eltern Ihnen etwas aus Spaß oder aus disziplinären Gründen angedroht haben?
Einige Personen, die wir interviewt haben, berichteten uns, dass Ihnen angedroht wurde, von Ihren Eltern verlassen zu werden oder von zu Hause weggeschickt zu werden. Haben Sie jemals erlebt, dass Ihre Eltern Ihnen angedroht haben, Sie zu verlassen oder wegzuschicken?
Manche Personen haben uns erzählt, dass sie misshandelt oder missbraucht worden sind.
Haben Sie so etwas Ähnliches auch erlebt? Gab es etwas Derartiges in Ihrer Familie?
Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Ist es häufiger vorgekommen?
Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen dieses Erlebnis/diese Erlebnisse heute als Erwachsener noch zu schaffen macht/machen?
Glauben Sie, dass es Auswirkungen auf Ihre Person gehabt hat?
Hat es die Art und Weise, wie Sie mit Ihren eigenen Kindern umgehen, beeinflusst?
(Falls die Person die Frage verneint, kann nachgefragt werden, ob und wie die Eltern das Kind bestraft haben.)

10. In welcher Weise glauben Sie, haben die Erfahrungen mit Ihren Eltern Ihre Persönlichkeit als Erwachsener beeinflusst?
Gibt es bestimmte Ereignisse (Aspekte), die Ihrer Meinung nach Ihre Entwicklung behindert haben?

11. Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie's getan haben? (generell)
Gab's neben Ihren Eltern noch weitere Erwachsene, die Ihnen sehr nahestanden, die Ihnen besonders wichtig waren?
War die ... so eine Art Elternfigur?
(Hatten Sie Ihnen gegenüber eine elterngleiche Beziehung?)
(Bedeutung/Art der Beziehung)

12. Haben Sie als kleines Kind den Tod irgendeines nahen Familienmitgliedes erlebt?
Haben Sie den Verlust von Kinder erlebt, auch durch Totgeburten, Fehlgeburten, frühen Schwangerschaftsabbrüchen, Schwangerschaftsunterbrechungen?
Könnten Sie mir die näheren Umstände beschreiben?
Wie alt waren Sie damals?
Wie haben Sie damals auf den Tod reagiert?
Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er eher überraschend?
Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals fühlten?
Haben sich Ihre Gefühle in Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
Durften Sie an der Beerdigung teilnehmen, und welche Bedeutung hatte diese für Sie?
(Wenn die Eltern/Geschwister gestorben sind)
Welche Auswirkungen hatte der Tod Ihrer Mutter/Ihres Vaters/Ihres Bruders/Ihrer Schwester auf die anderen Familienmitglieder und auf ihr Zusammenleben (auf den anderen Elternteil, Haushalt, Lebensumstände)?
Hat sich diese Situation über die Jahre hinweg verändert?
Glauben Sie, dass dieser Verlust Ihre Persönlichkeit beeinflusst hat?
Wurde Ihre Beziehung zu Ihren Kindern dadurch beeinflusst?

12a. Haben Sie noch eine andere wichtige Person in Ihrer Kindheit verloren?
– gleiche Nachfragen wie oben

12b. Gab es nahestehende Personen, die Sie als Erwachsener verloren haben?
– gleiche Nachfragen wie oben

13. Hat es in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit viele Veränderungen gegeben?
Also über die ganze Kindheit hinweg bis heute?
(Pubertät/Rebellion; Versöhnungen)

14. Wie sieht das Verhältnis, Ihre Beziehung zu Ihren Eltern heute aus?
(Wieviel Kontakt; Ursache von Zufriedenheit/Unzufriedenheit.)

Frage 15–17

Unterschiedlich für Probanden mit oder ohne Kinder

Mit Kindern:

Mit welchen Gefühlen reagieren Sie jetzt auf Trennungen von Ihrem Kind?

Machen Sie sich jemals Sorgen um Ihr Kind?

Wenn Sie drei Wünsche für Ihren Sohn/Ihre Tochter frei hätten, wenn sie/er ungefähr 20 Jahre alt wäre, wie sähen die aus? Ich denke u. a. daran, was für eine Zukunft Sie Ihrem Kind wünschen. Lassen Sie sich ruhig eine Minute Zeit, um darüber nachzudenken.

Gibt es etwas Bestimmtes, von dem Sie annehmen, dass Sie es aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt haben?

Was hoffen Sie, wird Ihr Sohn/Ihre Tochter einmal durch seine/ihre Erfahrungen mit seinen/ihren Eltern lernen?

Keine Kinder vorhanden:

Stellen Sie sich nun mal vor, Sie hätten Kinder ... mit welchen Gefühlen glauben Sie, würden Sie auf eine Trennung von Ihrem Kind reagieren?

Wenn Sie Kinder hätten und Sie hätten drei Wünsche für Ihren Sohn/Ihre Tochter offen für die Zeit, wenn er/sie ungefähr 20 Jahre alt ist. Was wären das für Wünsche?
Ich denke u. a. daran, was für eine Zukunft Sie Ihren Kindern wünschen würden. Lassen Sie sich ruhig eine Minute Zeit, um darüber nachzudenken.

Gibt es etwas Bestimmtes, von dem Sie annehmen, dass Sie es aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt haben?

Wenn Sie Kinder hätten, würden Sie sich dann wünschen, dass sie etwas Bestimmtes aus Ihren eigenen Erfahrungen mit Ihren Eltern lernen würden?

modifiziert: zptn – Lutz Besser, 2009