



Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie I.B.T.® bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten

Katrin Boger

Kinder/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP)

I.B.T.® Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie ab dem Säuglingsalter

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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und
Psychologie

Mit wem haben Sie es zu tun?

Dipl. Päd. Katrin Boger

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (VT/ TP)

Spezielle Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche (DeGPT/ GPTG)

I.B.T.® Integrative Bindungsorientierte Psychotherapie ab Geburt

Bindungsbasierte Psychotherapie (Brisch)

Hypnotherapeutin

Entspannungstherapeutin (AT/ PMR)

EMDR-Therapeutin und Supervisorin

Dozentin und Autorin

Leitung des WeiterbildungsZentrums für Pädagogik und Psychologie WZPP® (www.wzpp.de)



Inhalte:

- Was ist die I.B.T.® Methode?
- Wo sind frühe Traumata abgespeichert und wie können diese für eine Bearbeitung aktiviert werden?
- Voraussetzungen für die Arbeit mit I.B.T.®
- I.B.T.® bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten
 - Phase 1: Anamnese
 - Phase 2: Innere Teile Arbeit
 - Phase 3: Narrativarbeit
- Mögliche Schwierigkeiten und Vorgehen damit

Was ist die I.B.T.® Methode?

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

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

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

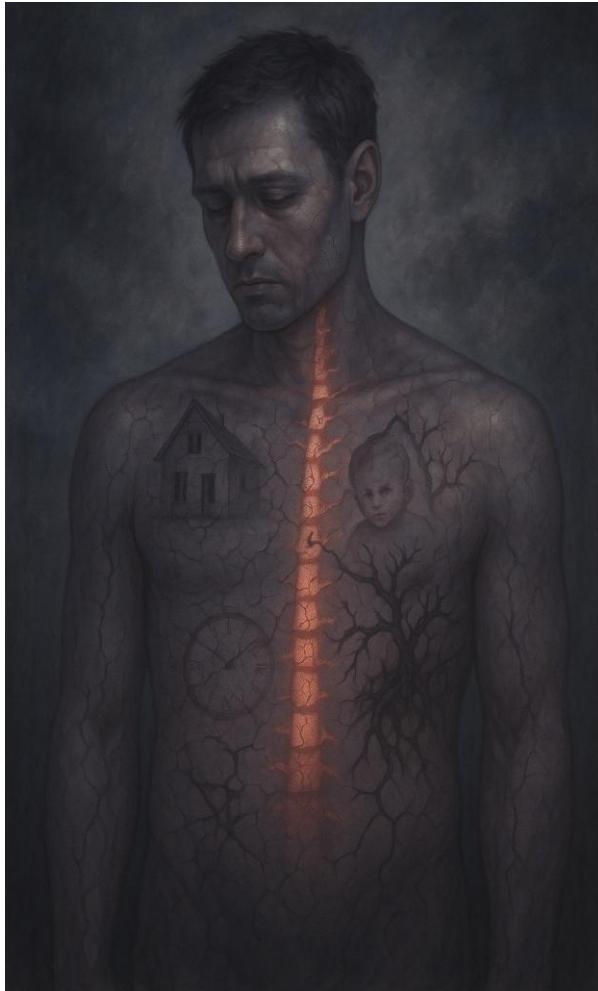
- Prä- und perinatalen Traumata
- Postnatalen Traumata
- Entwicklungstraumata (angepasstes Vorgehen)
- Anstehenden belastenden Ereignissen

-> ab Geburt bis ins hohe Lebensalter möglich



Art der Gewalt	Typ-1-Traumata (einmalig/ kurzfristig)	Typ-2-Traumata (mehrfach/ langfristig)	Bindungstrauma
Interpersonelle Traumata	- Sexuelle Gewalt: Übergriffe, Vergewaltigung - Körperliche Gewalt: Überfall, häusliche Gewalt	- Repetitive sexualisierte und körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend - Geiselnhaft, Folter - Krieg	Bindungstraumatisierungen: psychische Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Gewalt
Akzidentielle Traumata	- Schwere Unfälle: Verkehr, Lawine, Erdbeben, Flugzeugunfall u.a. - Berufsbedingte Traumatisierungen: Polizei, Ambulanz, Medizin, Pflege u.a. - Kurzdauernde Katastrophen: Hurrikan, Brand, Tsunami	- Technische Katastrophen: Nuklearkatastrophe, Giftgaskatastrophe - Langdauernde Naturkatastrophen: Erdbeben, Dürre, Überflutungen	
Medizinische Traumata	- Schwere Verletzungen nach Unfällen - Schwere innere Erkrankungen: Hirnschlag, Herzinfarkt - Traumatisierungen durch Komplikationen einer Geburt (für Mutter)	- Chronische lebensbedrohliche Krankheiten: Krebs, HIV/ AIDS, schwere Herzinsuffizienz u.a. - Chronische schwere unheilbare Erkrankungen: schwere rheumatische oder neurologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Stoffwechselstörungen u.a.	- Frühgeburt und Inkubatorbehandlung (für Kind) - Schwere körperliche Erkrankungen in den ersten Lebensjahren

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 Schwangerschaft/ 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 Schwangerschaft durch epigenetische Prägung		-> kann die ersten drei Punkte bei optimalen Bedingungen deutlich abmildern	-> Korrekturen sind durch Psychotherapie (möglichst integrativ) möglich
-> Temperament				

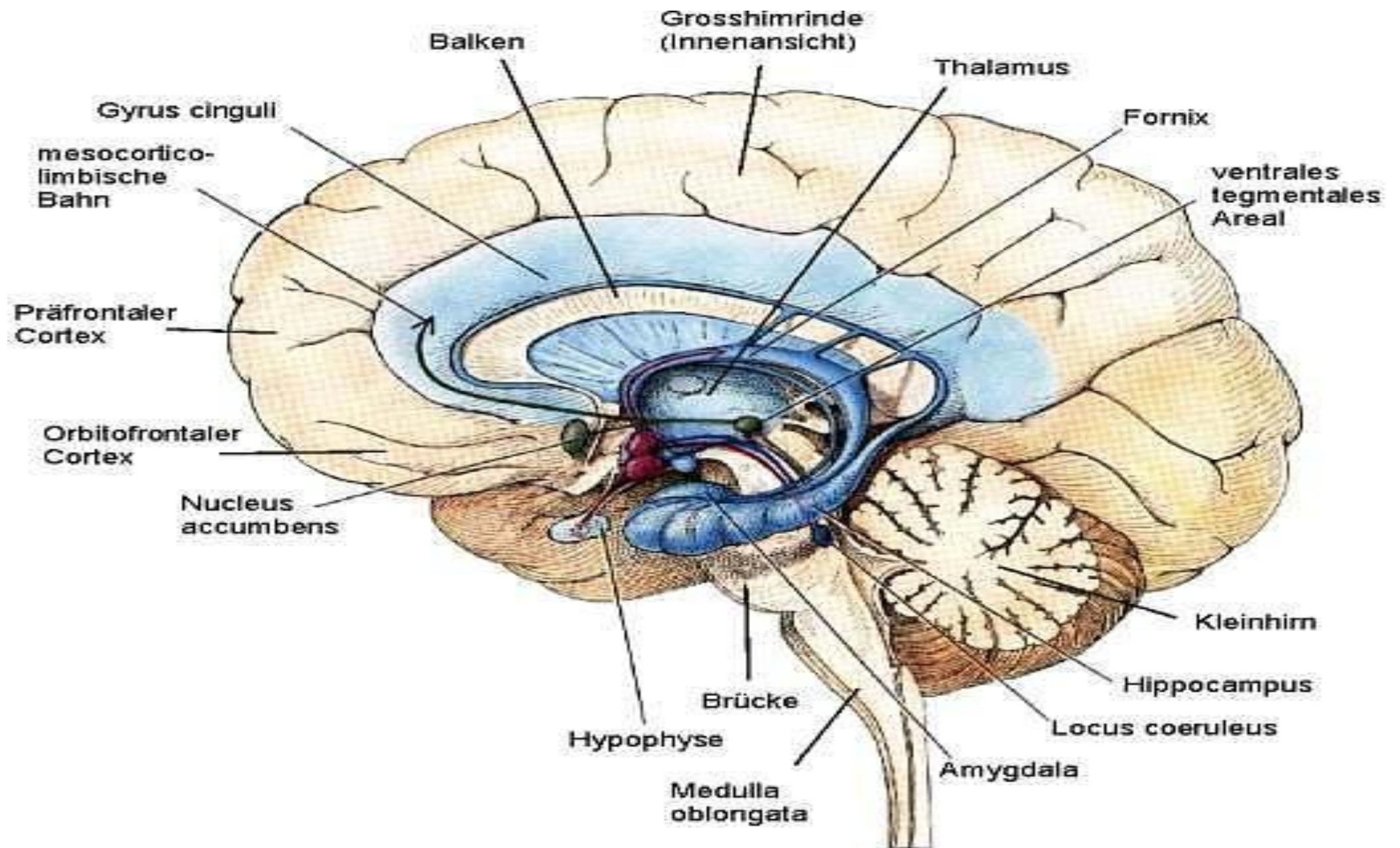


Wo sind frühe Traumata (vor dem 5 LJ)
überwiegend abgespeichert?

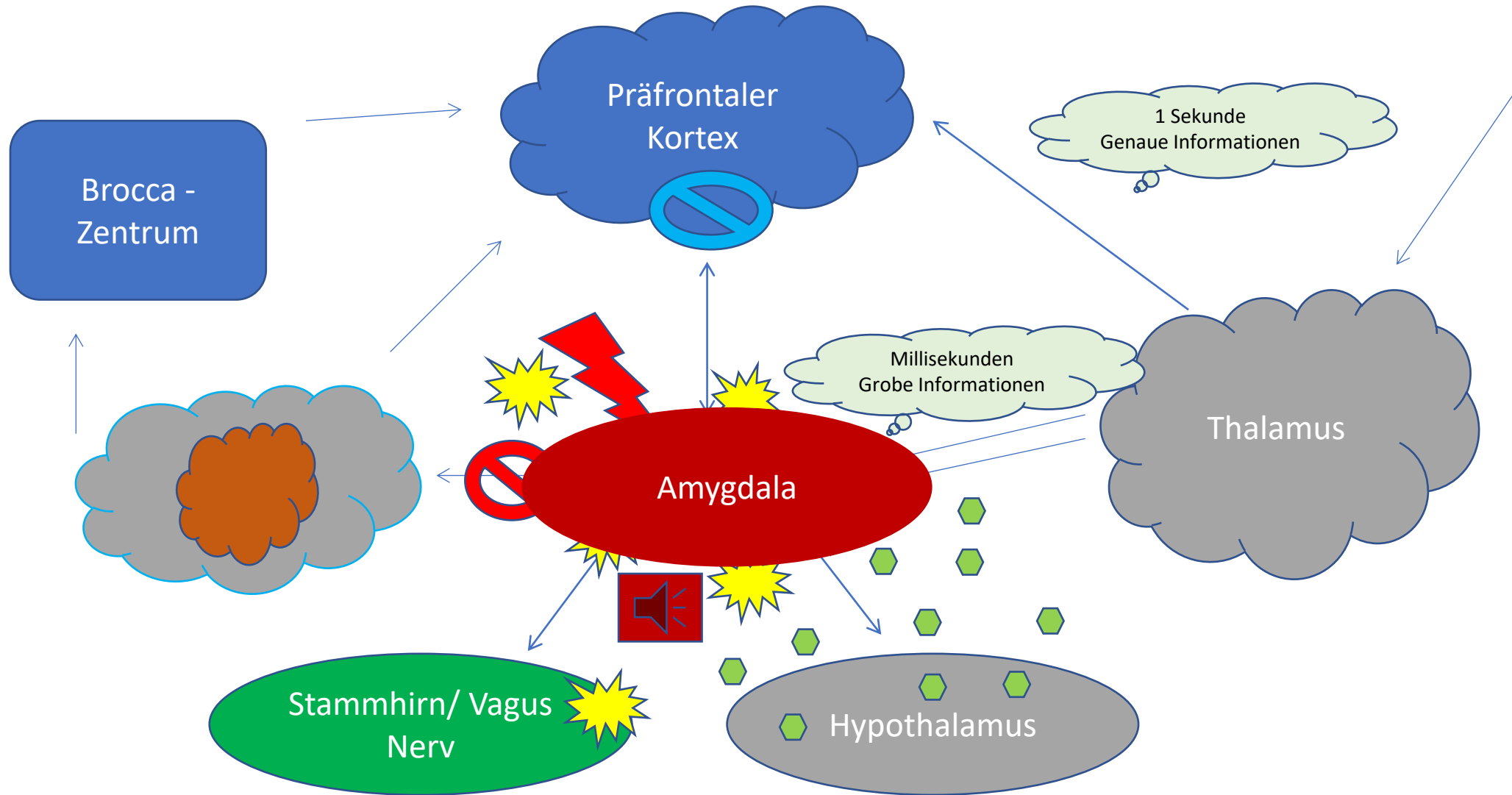
Frühe Traumata befinden sich v.a. fragmentiert im
**impliziten Gedächtnisbereich und in den
Nervenzahlen** (Körpergedächtnis)

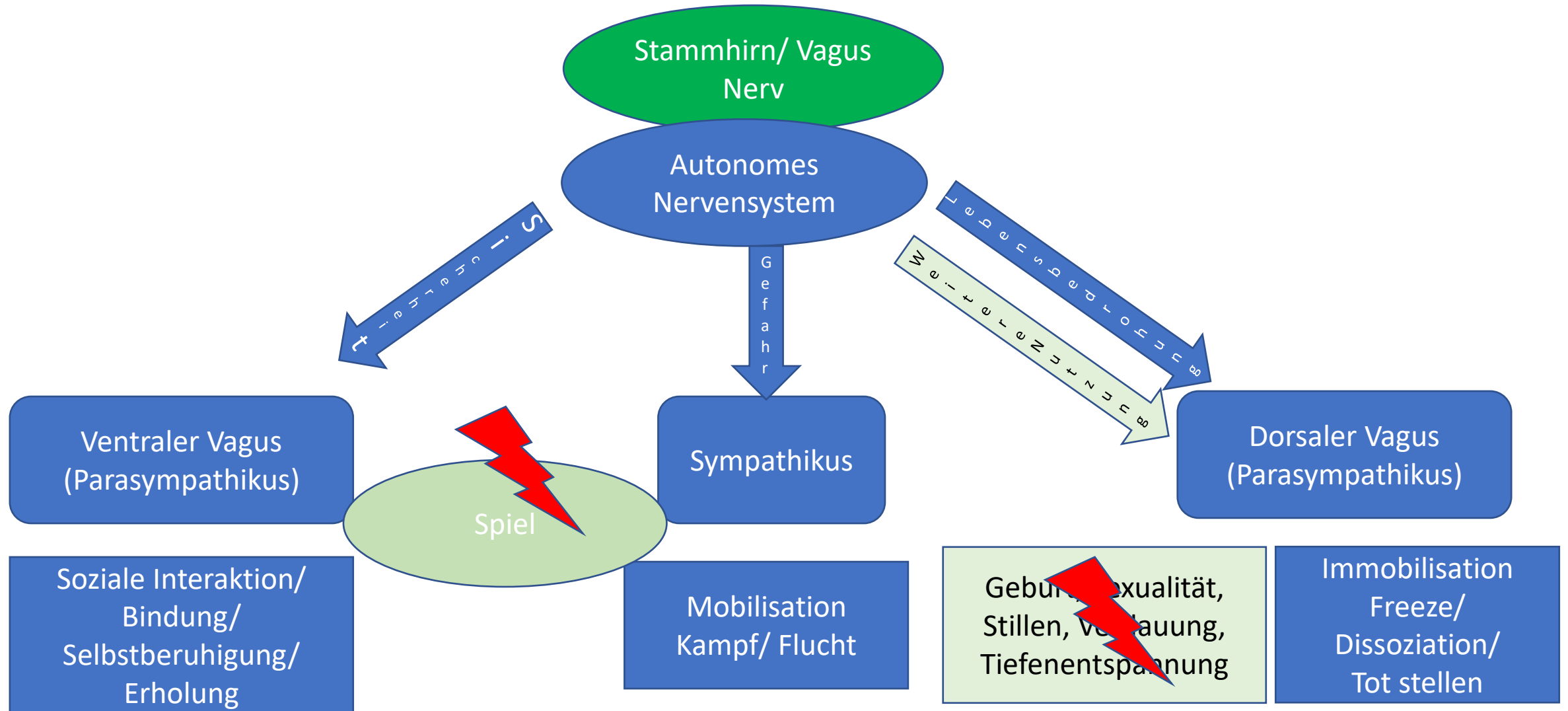
Und sind daher

Meist **nicht bewusst** **erinnerbar**



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie





Wie aus dem Gold der Kindheit das Blei des Erwachsenenendaseins wird (Felitti 2003)

Ursprung der ACE Studien

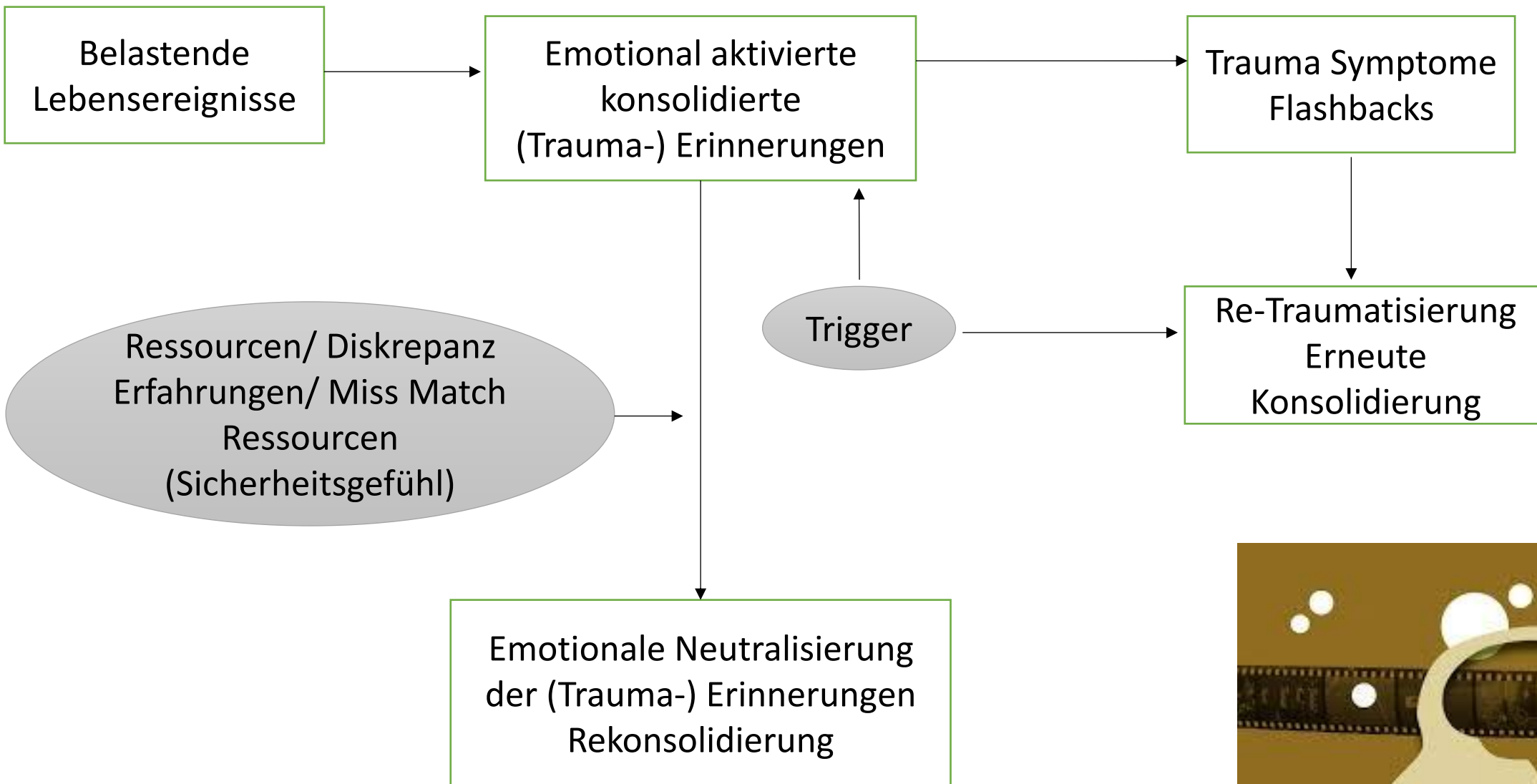


Folgen früher Kindheits-traumata 4> ACEs	Zunahme von Psychischen Auffälligkeiten	Zunahme von Körperlichen Beschwerden	Folgen auf der Verhaltensebene	Gehirnphysiologische Veränderungen
	- Ängste - Depression - PTBS - ADHS - Impulskontrollschwierigkeiten - Geringere Mentalisierungsfähigkeit/ Empathiefähigkeit - ...	- Adipositas - Körperliche Erkrankungen - Erhöhte Entzündungsmarker durch geringgradige Entzündungen -	- Suchtmittelmißbrauch - Hochrisikoverhalten - Zunahme an sozialen Problemen - Geringeres Einkommen - Körperliche Aggressivität - Häufiger zwischenmenschliche Konfliktsituationen -	- Verkleinerung des Hippocampus - Veränderung in der Amygdala - Abgeschwächte Cortisolreaktion bei psychosozialen Stressoren -

Symptome der Übererregung	Körperliche Symptome	Kognitive Symptome	Zwischenmenschliche Symptome	Vermeidungsverhalten
- Schlafstörungen - Unkonzentriertheit - innerer Unruhe - impulshaftes Verhalten - Stressregulationsschwierigkeiten - Diffuse Ängste	- Druck auf der Brust - Enge-Gefühl - Herzrasen - Atemschwierigkeiten - Übelkeit bis zum Erbrechen - Verstopfung - körperliche Schmerzen ohne organische Ursache - restless leg - Schwierigkeiten in der Körperwahrnehmung (Überempfindsamkeit bis hin zu überhaupt nichts zu fühlen) - Körperintrusionen - Auffälliges Essverhalten (von überhaupt nicht essen bis übermäßiges Essen)	- Eingeschränkte Merkfähigkeit - Dysfunktionale Glaubenssätze - Negatives Selbst- und Weltbild - Mangelndes vorausschauendes Verhalten - Katastrophisierende Gedanken	- Schwierigkeiten den Gegenüber zu lesen, mangelnde Empathiefähigkeit - starke Verunsicherung bei still face beim Gegenüber - Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung - Kommunikationsschwierigkeiten in Konfliktsituationen (nicht situationsangemessenes Verhalten)	- Gedächtnislücken/ Amnesien - Sich wegträumen - Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten wie Ängste, Zwänge, um Dinge nicht tun zu können/ müssen - Erhöhtes Kontrollbedürfnis - Angst vor Veränderungen - Sozialer Rückzug

Wie können diese für eine Bearbeitung aktiviert und wirksam bearbeitet werden?

- **Bifokaler Fokus** während des gesamten Prozesses!
 - Aktivierung im **Körpergedächtnis**
 - **Bilaterale Stimulierung**
- **Verknüpfung** des impliziten mit dem deklarativen **Gedächtnis**
 - Entwicklung eines **Kohärenzgefühls**
- **Überschreibung** der alten Erfahrungen im impliziten Gedächtnis im Verständnis der **Rekonsolidierung und Grawe**





Voraussetzungen

- **Bereitschaft** der Patient*in sich zu öffnen
- **Äußere Sicherheit** im Alltag und in der **Beziehung** zur Therapeut*in
- Ausreichend Kontakt zu eigenen **Ressourcen** im hier und jetzt und zu seinen **inneren Ressourcen Anteilen**
 - Fähigkeiten zur **Selbstregulation**
- **Sehr gute Ausbildung und Kenntnisse der Therapeut*in!!**

Phasen der I.B.T.® Methode bei den Kleinsten

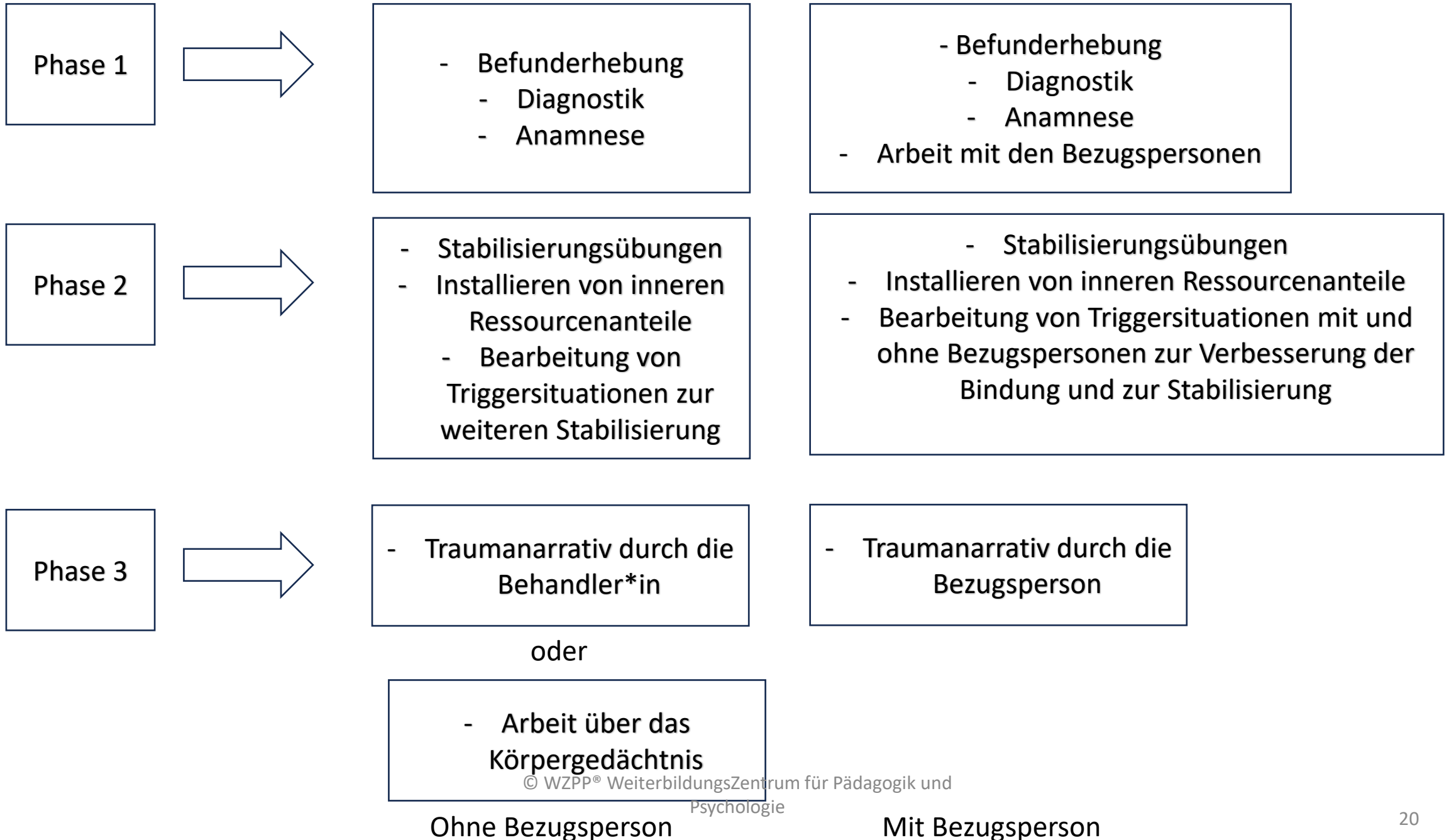
- **1. Phase:** Erstkontakt/ Anamnese + Arbeit mit den Bezugspersonen an deren eigenen Belastung in Bezug auf das Trauma des Kindes
- **2. Phase:** Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind
- **3. Phase:** direkte traumaintegrative Arbeit am Kind mit Unterstützung der Bezugspersonen

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



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnербaren Inhalten

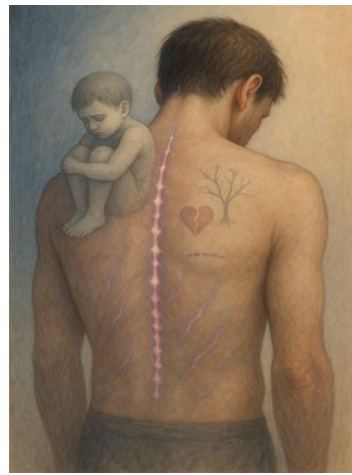
- **1. Phase:** Erstkontakt/ Anamnese + ggf Arbeit mit den Bezugspersonen an deren eigenen Belastung in Bezug auf das Trauma des Klienten
 - **2. Phase:** Arbeit an der Bindung (zwischen Bezugsperson und Kind); Installation von Ressourcenanteile, ggf das heutige stabile Ich als Ressourcen-Anteil stärken; Herausarbeiten von fragilen und kontrollierenden Anteilen
 - **3. Phase:** direkte traumaintegrative Arbeit am Patienten mit Unterstützung der Ressourcenanteile (Bezugspersonen)
- **Alle drei Phasen bauen aufeinander auf und bedingen sich gegenseitig!!**



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Indikation

- **Frühe Traumata mit Auswirkungen im hier und jetzt** (Stressorbasiertes Modell)
- Pflegekinder, schwierige Kindheit.... Hier angepasstes Vorgehen
- **Wichtig: ausreichende Alltagsstabilität! Sonst vorab Stabilisierungsphase!**
- **Therapeut*in als sicherer Ort**



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

u.U. Kontraindikation

- **Schwerst traumatisierte Menschen** (hier intensivste Stabilisierung vorab – Zukunfts-/ Triggersituationen zuerst, dann Lebensnarrativ (Intensität beachten!))
- Vorsicht auch bei **bestehenden Traumata** (z.B. Täterkontakt) – besteht eine **ausreichende Alltags-Stabilität? Nicht im Akuttrauma!**

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Bezugspersonen werden miteinbezogen, wenn

- die **Bindung** zwischen Bezugsperson und Klient **intensiviert** werden soll,
 - der **Klient es möchte**,
 - Und auch hier die **Bindung ausreichend sicher** ist.
- > Sonst ggf großer Schwerpunkt auf Phase 2



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Grundlegende Voraussetzung:

- **Stabilisierungsphase!!!**
 - Sicherer Ort, Tresorübung, Fähigkeiten zur Selbstregulation
 - Äußere Sicherheit als Voraussetzung für die innere Sicherheit
 - Bin ich als Therapeut*in „sicher“



10 = maximaler Stress

Kein Aussteigen mehr möglich

1. Woran erkenne ich,
auf welcher Stufe ich bin?

„Point of no return“

2. Was hilft beim Regulieren?

Erschöpfung



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und
Psychologie

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 Stresstufen und was können wir zur Regulation tun?

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 1

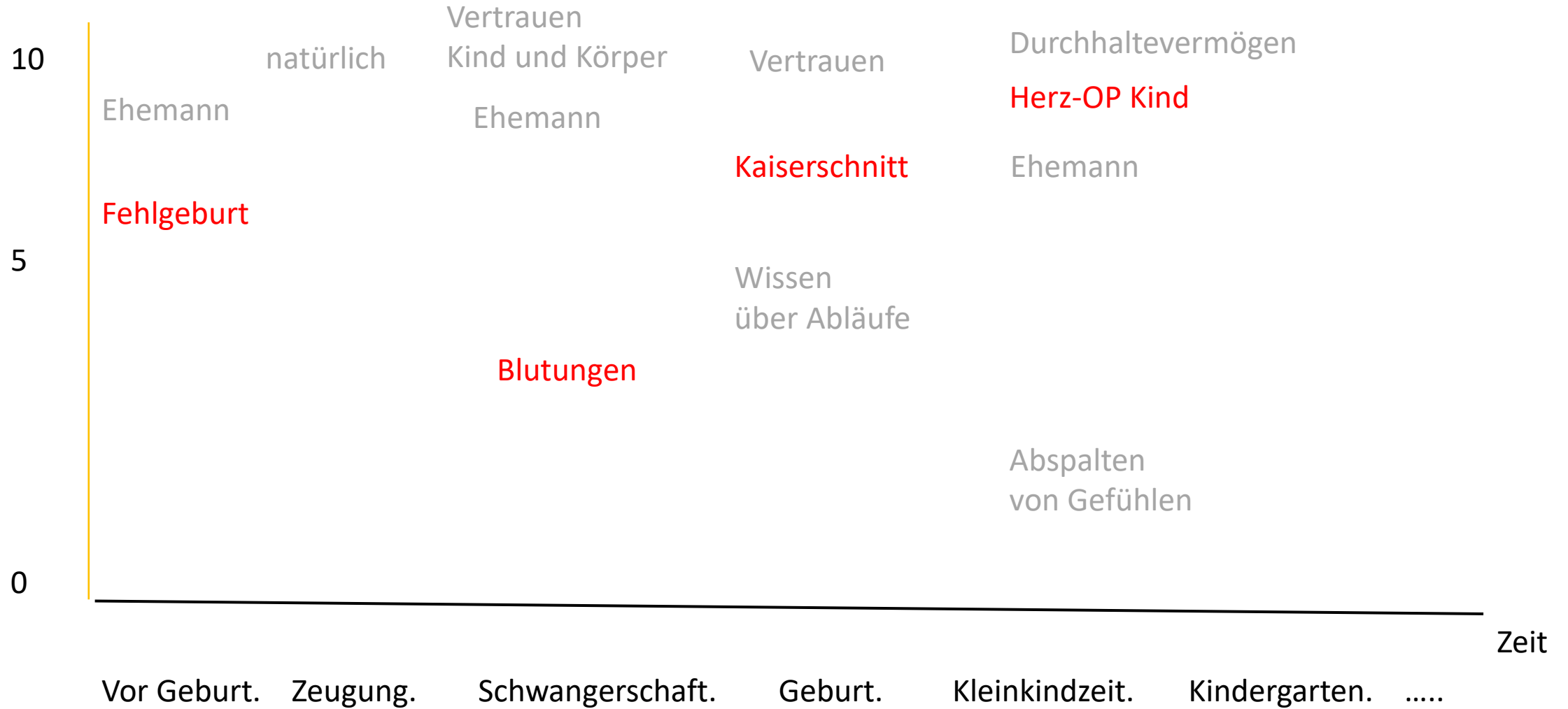
Informationen auf Sachebene sammeln

- Fakten/ Daten
- chronologischer Ablauf (hilfreich Trauma- Ressourcen Landkarte)
- ggf Bilder mitbringen lassen
- Arbeitshypothese nach dem Stressor-Modell erstellen



Wortwahl achten (z.B. Mutter, Mutti, Mama....)

Intensität Jetzt



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Werden Bezugspersonen miteinbezogen:

Wichtig: vorab mit Bezugsperson die Geschichte des Klienten durcharbeiten, damit diese als sicherer Ort wahrgenommen wird!

Je jünger die Klienten umso wichtiger diese miteinzubeziehen als Schutz vor sekundärer Traumatisierung

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Werden Bezugspersonen miteinbezogen:

Phase 1 mit Bezugspersonen:

- **Geschichte des Kindes: hier hot spots mit bilateraler Stimulierung bearbeiten**
- **Eigene Geschichte mit dem Kind: hier hot spots mit bilateraler Stimulierung bearbeiten**

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten

Phase 2

Installation von Schutzfiguren/ Menschen, Krafttiere, heutiges Ich (gesunder Anteil) als Ressource? Andere (äußere) Ressourcen (bei jüngeren Kindern kann dies auch das Kuscheltier sein) ... (innere Teile Arbeit)

Erkennen von gesunden, fragilen und kontrollierenden Anteilen und deren Zusammenspiel (für Therapeut:innen wichtig!)

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten

Phase 2

Kenntnisse über Innere Anteile

- Was können **hilfreiche innere Anteile** sein?
- **Identifizieren von traumatisierten inneren Anteilen** (fragile und kontrollierende)



-> Identifikation dieser (u.a. über Trauma-Ressourcen Landkarte, Externalisieren, Aufstellung)

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Ego-States/ Teile-Arbeit

- Die menschliche Persönlichkeit besteht aus mehreren **differenzierten Selbstzuständen**
- Die Selbstzustände basieren auf **unterschiedliche Beziehungserfahrungen**, die sich in verschiedenen Interaktionsmodi zwischen dem Selbst und der Welt im Laufe der Zeit ausdifferenziert haben

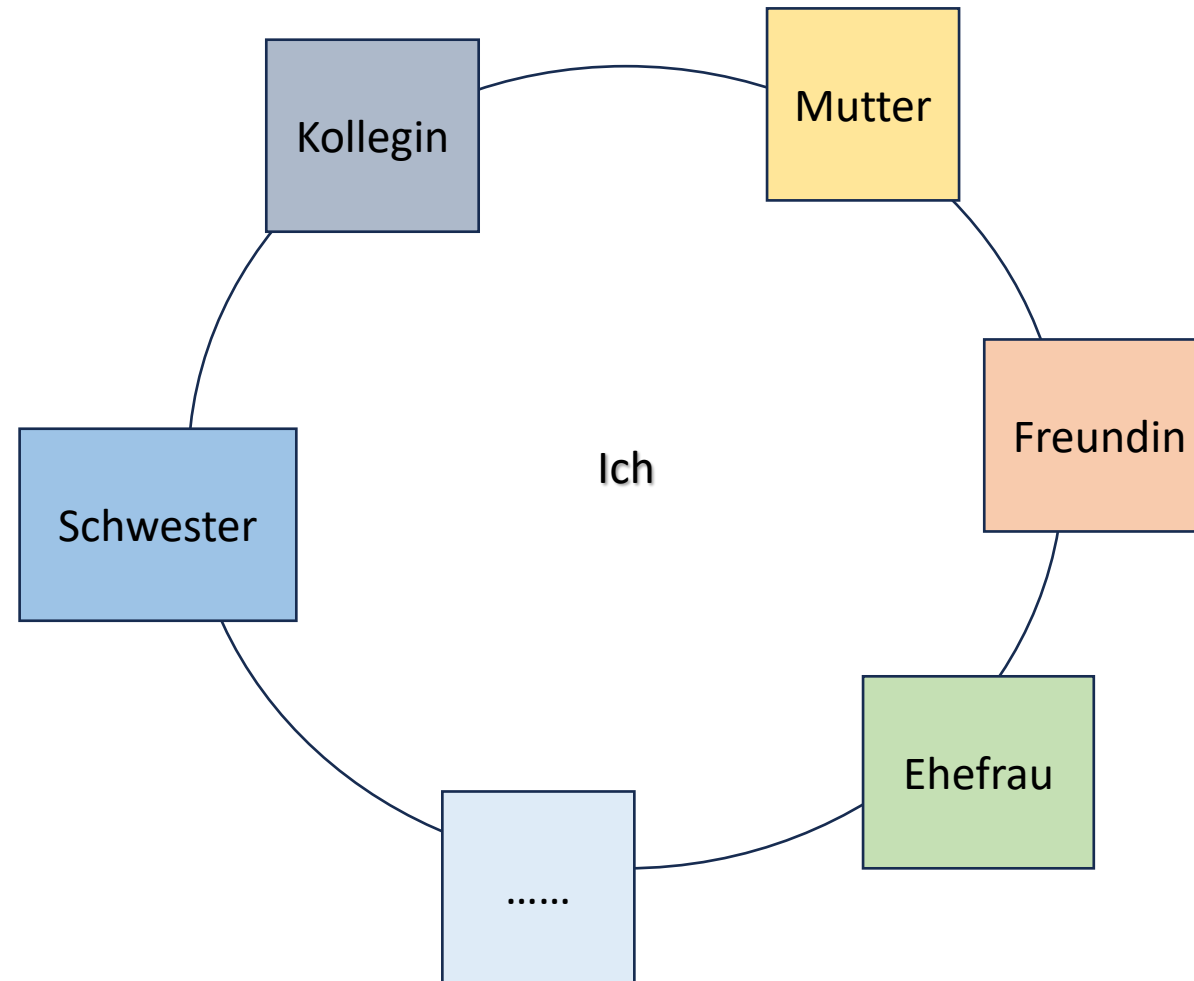
Jeder Selbst-Zustand ist in sich zeitlich stabil, hat eine eigene zusammenhängende Geschichte und verfügt über eigene zustandstypische Kognitionen und Affekte

- Bei „normal neurotischen“ Menschen zeigen sich diese Selbst-Zustände in einer markanten eigenen Persönlichkeit bzw. werden im Über-Ich als Werte, Normen und Weltvorstellungen integriert.
- Die Verinnerlichung von Werte, Normen und Weltvorstellungen, das Ausbilden des Über-Ichs, basiert auf **frühe Bindungs-/ Beziehungserfahrungen** mit uns bedeutsamen Bezugspersonen.
- Diese Beziehungserfahrungen sind emotional besetzt.

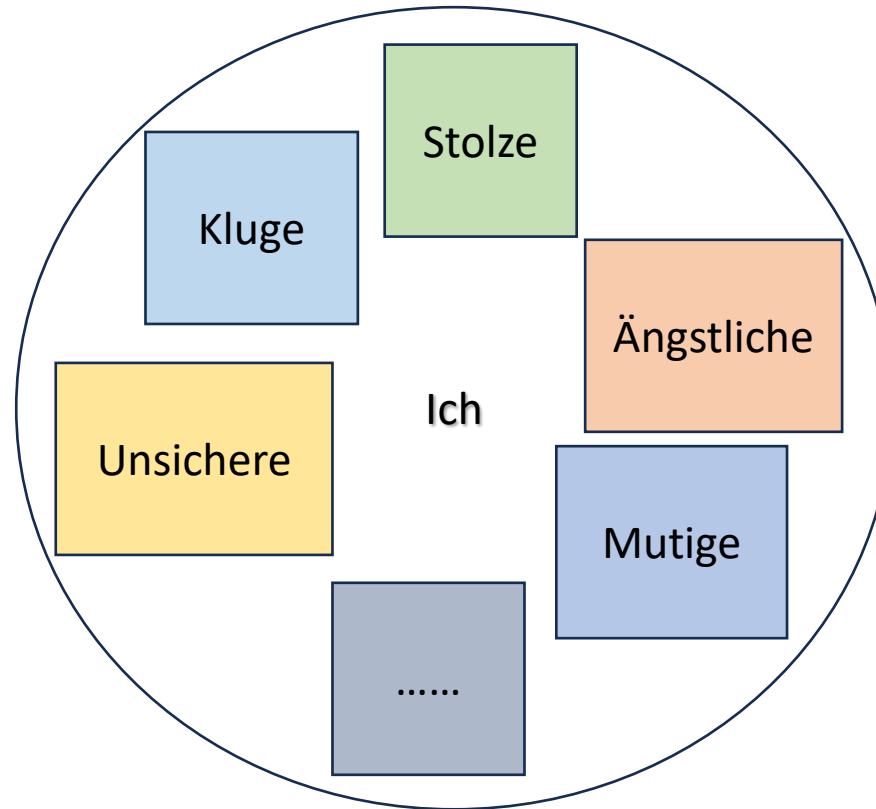
- Je stärker die emotionale Aktivierung im limbischen System ist, desto stärker ist die Gedächtnisaktivierung im expliziten Gedächtnis und umso intensiver ist die **Suche nach Referenzfällen und der innere Aktivierungsgrad**.
- Der dadurch aktivierte Ich-Zustand hat dadurch eine zeitliche Verbindung. **Es zeigt sich ein Stück wiedererlebte Vergangenheit in Form von niedergeschlagener Beziehungserfahrungen in der Gegenwart.**
- **Es zeigt sich im jeweils aktivierten Ego-State also ein in sich geschlossenes zeitliches und emotionales System mit schlüssigen Verhaltensweisen**

- Ein **aktivierter Ego-State ist ein aufmerksamkeitsfokussierter Selbst-Anteil**. Er wird in diesem Moment als „Ich“ erlebt. Die anderen Ego-States stehen im Hintergrund und können vorbewusst, aber auch bewusst abgerufen werden.
- Alle Ego-States werden als Ich-zugehörig empfunden (**kohärentes Selbst**). Die Übergänge sind in der Regel fließend.

Unterschiedliche äußere Rollen, die als ICH empfunden werden
und bewusst abrufbar sind



Unterschiedliche innere Rollen, die als ICH empfunden werden
und (meist) bewusst abrufbar sind



Hier erste Hinweise für emotionale Anteile

- Bei frühtraumatisierten Menschen sind die frühen Beziehungserfahrungen von traumatischen Stress geprägt.
- **Auf Grund der hohen emotionalen Aktivierung findet als „Überlebensmechanismus“ nur teilweise bzw keine Identifizierung im eigenen Selbst statt.**
- Die Erfahrungen werden als maligne (böartige) traumatische **Introjekte** (z.B. Täter-Introjekt, Opfer-Introjekt, Helfer-Introjekt, innere Kinder etc.) verinnerlicht.

- Je nach Grad der emotionalen Aktivierung und Fremdheit-Erlebens der Erfahrung findet eine **teilweise Identifizierung** (teilweise Aufnahme in das eigene Selbst: Selbstanteile als traumatisch fixierte Selbst-Zustände) bzw. bei emotionaler Steigerung kann **keine Identifizierung** stattfinden.
- Die **intrusive Beziehungserfahrung (Objektrepräsentanz als traumatisches Introjekt)** kann auf Grund seiner Fremdheit/ Andersartigkeit nicht ins Selbst assimiliert werden und **bleibt als Fremdkörper** bestehen.

Die gesamte Persönlichkeit
Akutes Trauma, Einfache Posttraumatische Belastungsstörung



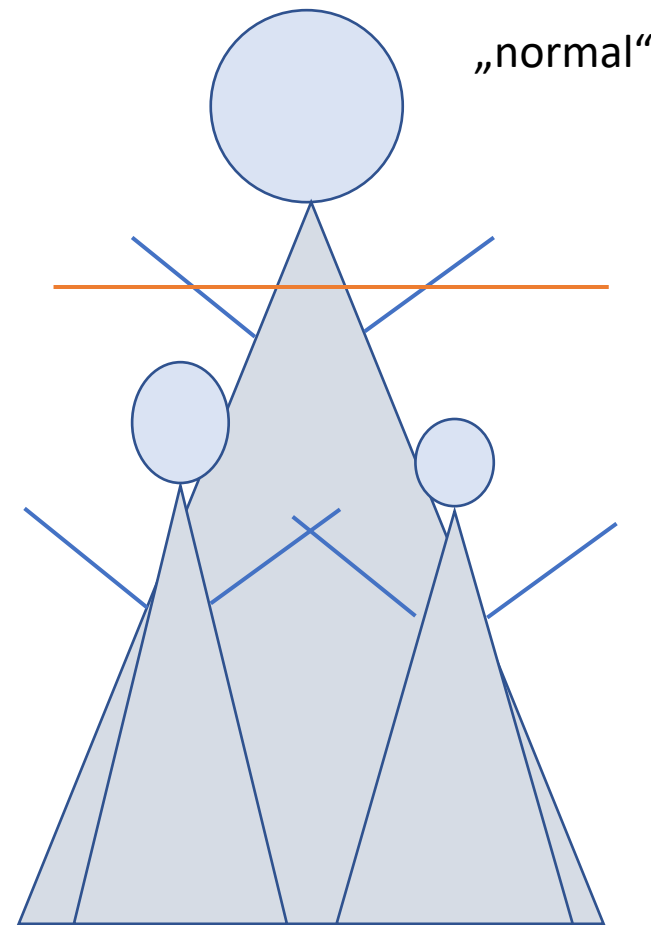
EP (emotionaler Persönlichkeitsanteil)

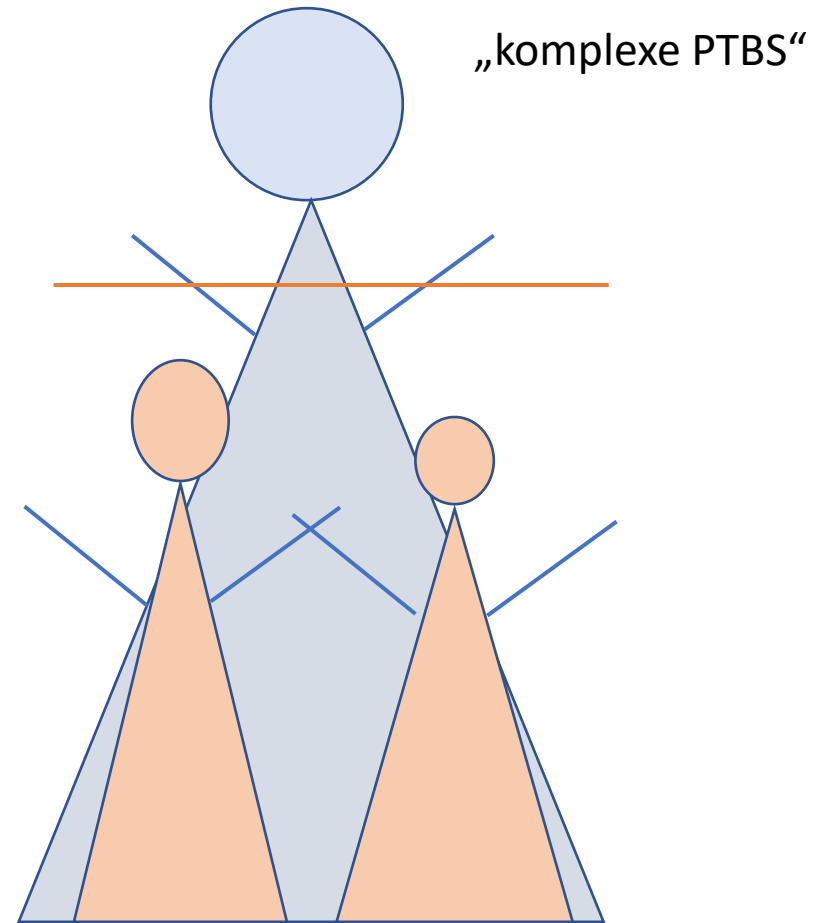
**Sichert das Überleben des Individuums in
der Bedrohungssituation**

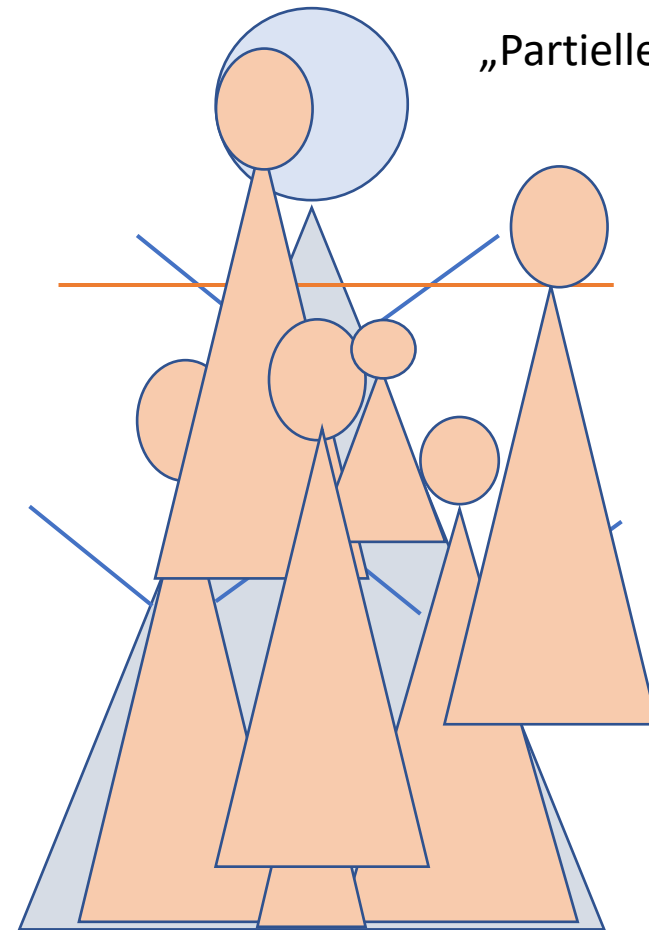


**ANP (Anscheinend normaler
Persönlichkeitsanteil)**

**Sichert das Funktionieren im Alltag und der
Erhalt der Gattung**







„Partielle dissoziative Identitätsstörung“

Teilweise abgespaltene Selbstzustände

Die gesamte Persönlichkeit
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung/ Störung durch Extremlastung
(DESNOS)/ Ego-State-Disorder (DDNOS)



EPs (emotionale Persönlichkeitsanteile)

Parallele Dissoziation in beobachtenden und erlebenden Teil

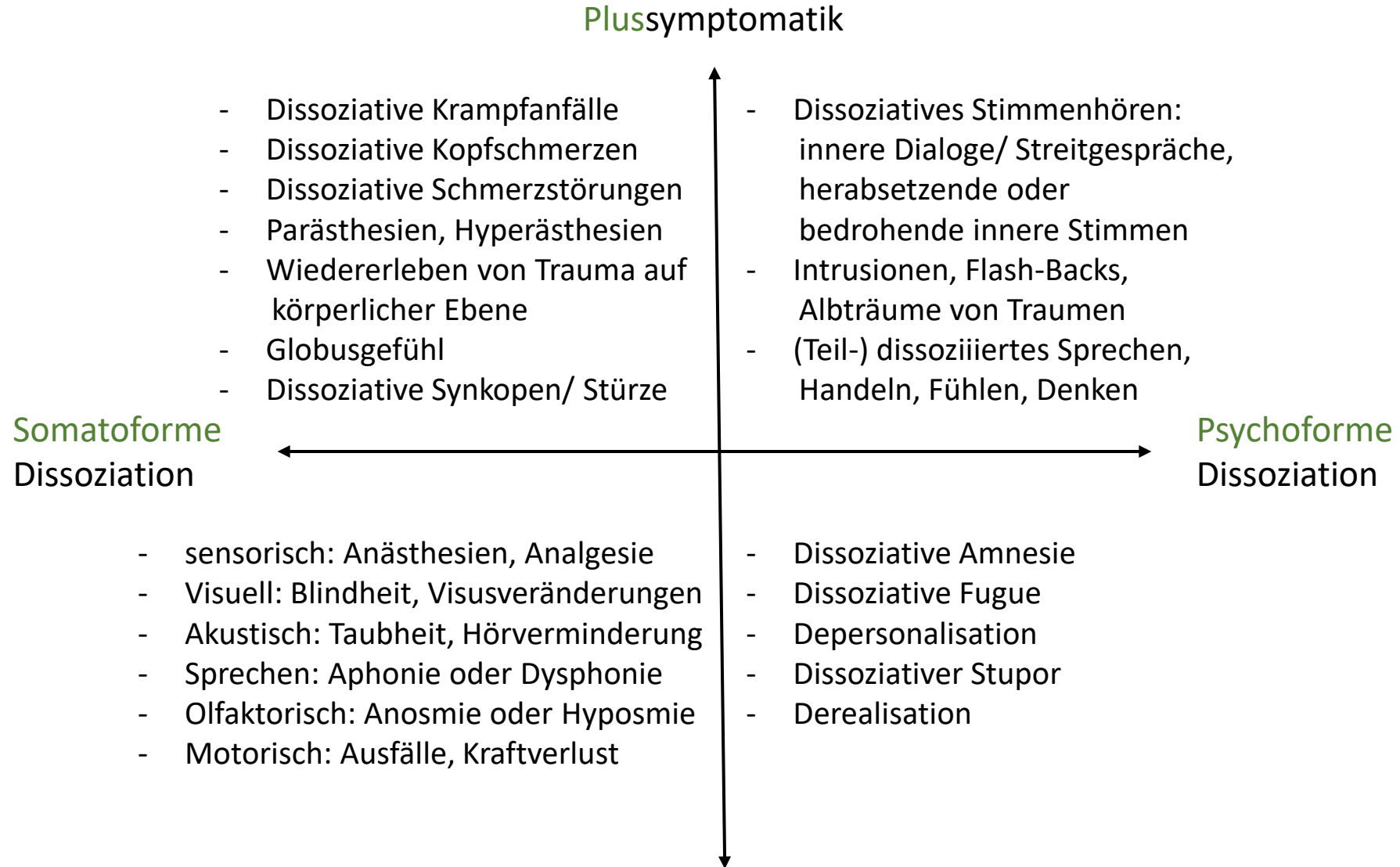
Sequenzielle Dissoziation:

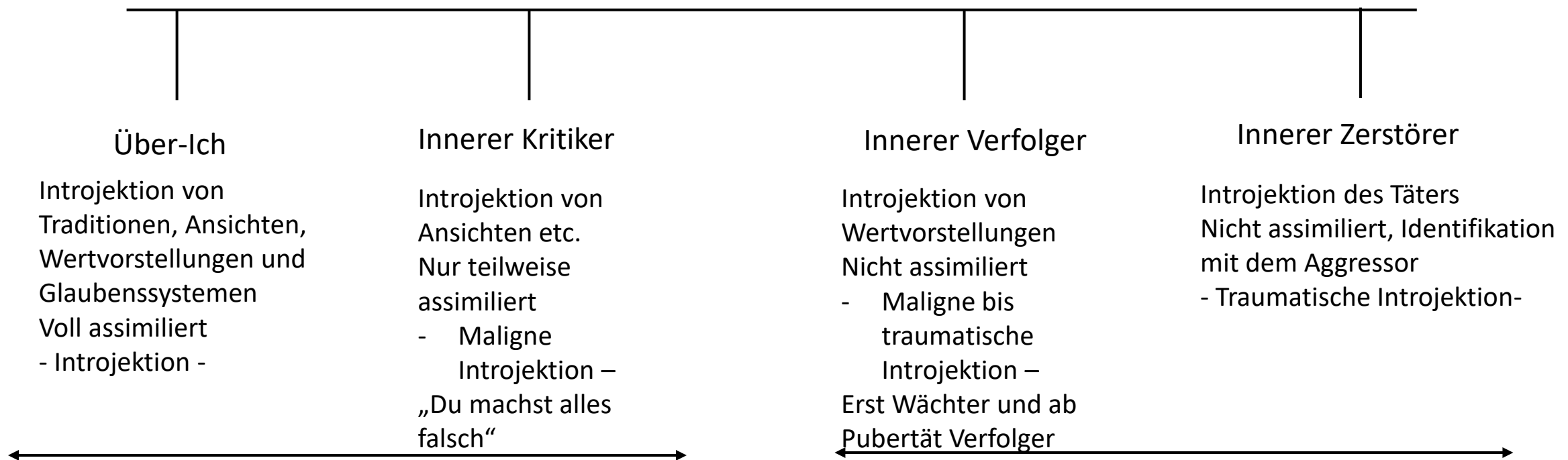
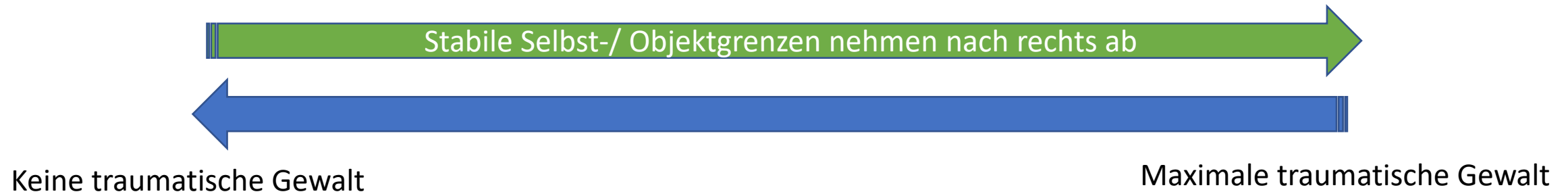
EP 1	EP 2	EP 3	EP 4	EP 5
Besorgnis	Flucht	Freeze/ Kampf	Totale Unterwerfung	Erholung



**ANP (Anscheinend
normaler
Persönlichkeitsanteil)**

Sichert das Funktionieren
im Alltag und der Erhalt
der Gattung





Abwehrmechanismus

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Notfallprogramm

Ich/ Über-Ich-Bildung (adaptive Introjektion)

Verhalten der Eltern $\Rightarrow$ adaptive innere Objekte der Eltern $\Rightarrow$ Übernahme in Ich / Über-Ich

Ich-Reifung

Verstärken sich gegenseitig

$\Rightarrow$ die Befolgung elterlicher Normen und Prinzipien garantieren die elterliche Anerkennung und Bewunderung. Dies wiederum führt zur Stärkung des Ich

Über-Ich Bildung

Das einfache Introjekt (Der innere Kritiker)

- **Eltern verweigern sich durch narzisstischen, hypochondrischen oder grandiosen Selbstbezug**

⇒ **intrapunitive Botschaft an das Kind / Spiegelung im Dialog gelingt nicht (Kind wird nicht „wahrgenommen“)**

□ ⇒ **Introjektion der Botschaft der Eltern:**

„Ich bin ohnmächtig, die Welt ist schlecht“ (depressive Eltern)

„Ich bin selbst ein Opfer und hilflos“ (Opfer Eltern)

„Ich muss mich für andere aufopfern“ (Märtyrer Eltern)

„Ich brauche niemanden“ (unerreichbare Eltern)

⇒ **Mangel am Konsistenzerfahrung** (keine ausreichende Spiegelung): unsicher-vermeidender Bindungstyp

⇒ Die reale Beziehungserfahrung schlägt sich im **Introjekt der Eltern** nieder

⇒ Durch **Identifikation mit dem Introjekt** der Eltern entsteht ein kindlicher Selbst-Anteil, der die intrapunitive Botschaft der Eltern verinnerlicht hat („Ich bin hilflos, ich bin nichts wert“), um dadurch die unerträgliche Spannung zwischen dem Introjekt und dem Ich abzuschwächen (Selbstwert wird untergraben).

⇒ Daneben können noch **weitere Ego-States** (Innere Kritiker) entstehen:

- Perfektionisten („mache alles noch viel besser!“)
- Antreiber („los, mach schneller!“)
- Kontrolleur („hab Dich besser im Griff!“)
- Anpasse („mach es allen recht!“)
- Moralist („sei immer stark und untadelig!“)

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und
Psychologie

Das unterdrückte, feindselige Introjekt (Der innere Verfolger)

- Eltern zeigen **aktiv ihre Ablehnung und weisen das Kind zurück** $\Rightarrow$ **extrapunitive Botschaft an das Kind/ Das Kind sieht des Hass und den Ekel in der Mimik der Eltern und glaubt sich real gespiegelt; es denkt: „Ich bin so hassenswert wie das, was ich sehe“.**

□ $\Rightarrow$ **Introjektion der Botschaft der Eltern:**

- „Du bist wertlos, wärest Du nie geboren“ (feindliche Eltern)
- „Meine Bedürfnisse sind immer wichtiger als deine, Du musst immer dasein“ (ausbeuterische Eltern)
- „Du bist wie ich, Du kannst ohne mich nicht überleben“ (bindungsverstrickte Eltern)
- „Erwarte nichts von mir, Du bist mir gleichgültig“ (distanzierte Eltern)

- ⇒ **negative Affekte des Kindes werden in übertriebener Weise gespiegelt** oder mit den eigenen Erfahrungen verwechselt, was auf das Kind befremdlich und alarmierend wirkt ⇒ **das Introjekt ist also gezwungenermaßen erforderlich** (unsicher-ambivalenter Bindungstyp)
- ⇒ **Das Introjekt der Eltern wird nicht im Selbst assimiliert.** Es spricht als eine Art Innerer Verfolger im Klienten **in der Du-Form den Text der Eltern.**

Die traumatische Introjektion (Der Innere Zerstörer /das Täterintrojekt)

- Eltern setzen ihre **Überlegenheit** rigoros ein und versuchen den **Willen des Kindes zu brechen** ⇒ Das Kind erlebt eine **allgegenwärtige Bedrohung**. Zum Überleben entstehen die Neigung zur Selbstverletzung, Dissoziation, der zwanghaften Bedeutungssuche auf Basis der desorganisierten Bindung und die **Introjektion eines fremden Selbst (Täterintrojekt)**.

⇒ Durch dieses Erleben muss die **äußere Welt ständig bewacht und kontrolliert werden, um ein letztes Stück Sicherheit zu garantieren**. Dadurch kann keine Trennung der inneren und äußeren Welt erfolgen.

⇒ Die **innere Welt** wird erlebt

- **wie die äußere Mißbrauchswelt** oder
- Wird **durch Dissoziation ausgeblendet** und der Klient zieht sich auf einen infantilen Modus zurück. Als Reaktion auf die Leere und Abgetrenntsein entsteht eine zwanghafte Suche nach Sinn („sich-verrückt-machen“)

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und
Psychologie

⇒ Durch das ständige Hin- und Her zwischen den beiden Modi **bindet sich das Kind um zu überleben an den traumatisierenden Elternteil**, in dessen Folge der sympathische Hyperarousal steigt, was wiederum zu noch mehr Abhängigkeit von der Bindungsperson führt.

⇒ Bei der **sekundären strukturellen Dissoziation** (komplexe PTBS / Borderline-Störung) differenziert sich der EP zu **unterschiedlichen reaktiven Parts/ Ego-States/ Sub-Selbst** mit folgenden Themen weiter:

Besorgnis/ Flucht/ Freeze/ Kampf/ Totale Unterwerfung, Anästhesie/ Erholung, Rückkehr des Schmerzes

⇒ Einige weitere Ego-States, die durch **Projektion und Identifikation (mit dem Aggressor)**, sehen ihre Aufgabe den Klienten über Kampfstrategien wie Wut, Feindseligkeit und selbstdestruktiven Hass vor erneuter seelischer und / oder körperlicher Verletzung zu schützen. Diese Anteile üben eine Art **Wächter-Funktion** für das System aus. Diese Verfolger-Anteile basieren auf Täterintrojekte.

⇒ **Diese Täterintrojekte sind nicht Teil des Problems, sondern die Lösung (Überlebensstrategie)**, indem sie versuchen, den Klienten vor einer wahrgenommenen Bedrohung zu schützen, indem sie aktiv...

- jede Bindung, mögliche Abhängigkeit oder emotionale Bedürfnisse unterdrücken, um mit schwierigen Gefühlen wie Wut und Hasse fertig zu werden und Gefühle der Angst, Verletztheit und Scham zu vermeiden

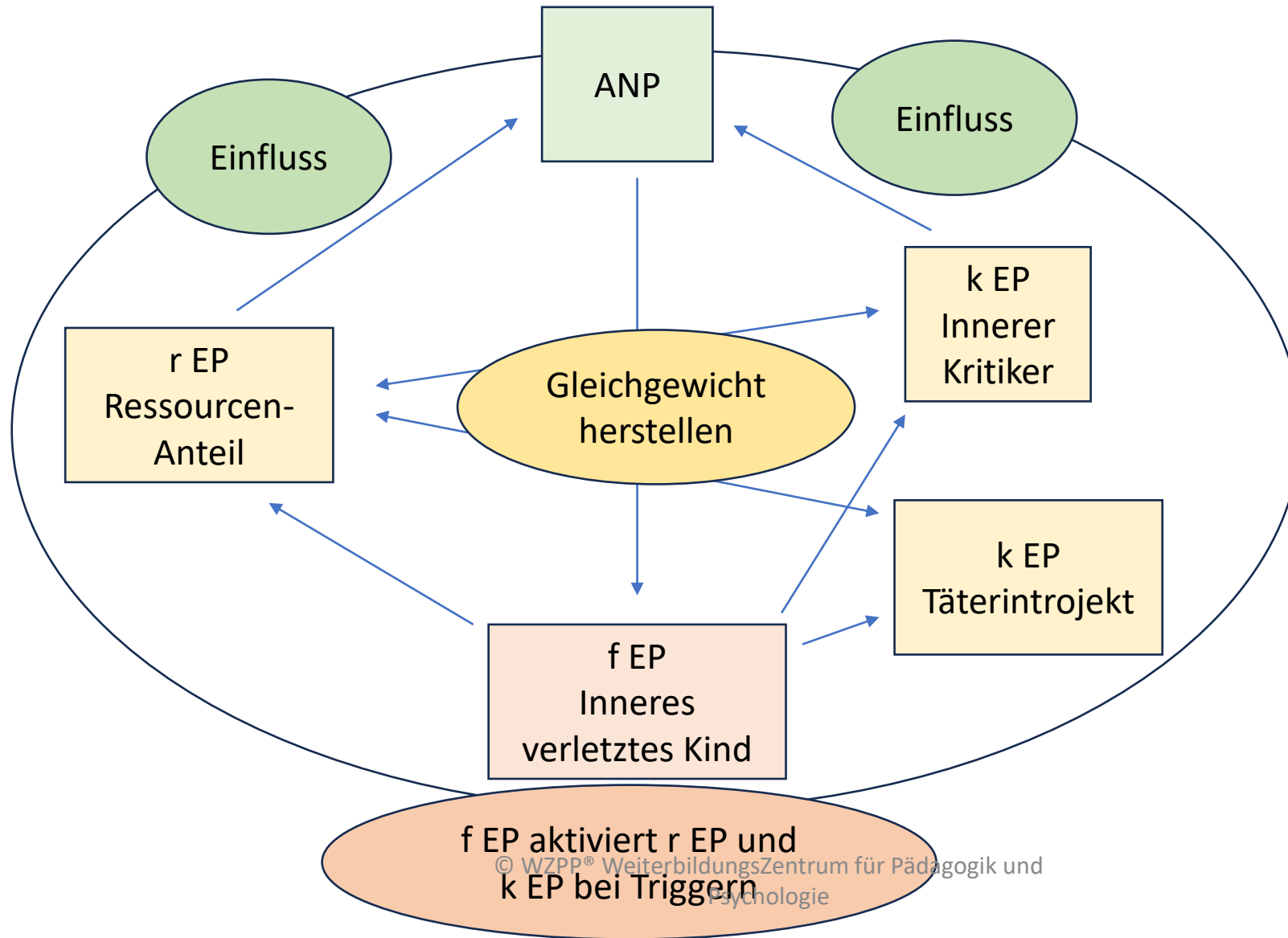
Das Introjekt-System

1. Achse „Innerer Kritiker/ Verfolger/ Zerstörer“ – „kritisiertes inneres Kind“

- ⇒ entstanden durch traumatisierende Beziehungserfahrungen, in denen **DAMALS die Psyche den kindlichen Reaktionszustand abgespalten und daraus einen kritisierten/ traumatisierten Kind-State (fEP)** gebildet hat. Mit der Übernahme der Erfahrungen in einen kindlichen Selbst-Anteil, kann die Verletzungs-/ Traumaerfahrung „contained“ werden und sich eine Alltagspersönlichkeit (ANP) weiterentwickeln.
- ⇒ bei **erhöhtem traumatischen Stress** (Erleben von absoluter Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Todesangst) entstehen **diverse reaktive Anteile**. Diese EPs entwickeln sich aus starken Affektzuständen als Verteidigungssysteme (Flucht-Kampf-Freeze-Unterwerfung).
- ⇒ Wenn **keine Chance besteht, den „Täter“ zu meiden**, um sich zu schützen, erfolgt die **Introjektion des „Täters“ in den psychischen Innenraum (Introjektbildung als Innerer Wächter kEP)**. Die äußere Beziehung ist nun vollständig nach innen genommen und das Kind verhält sich auch in Abwesenheit der Eltern so als wären diese da. Damit ist die **existenzielle Beziehung zu den „Tätern“ wiederhergestellt. Das Introjekt hilft, Schmerz, Liebesverlust und Scham zu minimieren, und damit zu überleben.**

- ⇒ In der **Pubertät** und der damit verbundenen Erweiterung des sozialen Rahmens/ Zunahme von Gefahren **verschärft sich die Sprache des Introjekts**.
- ⇒ Gegen die Dominanz des ewigen Anklägers (kEP) entstehen mit der Zeit **innere Protektoren (rEP)**:
1. **Der Innere Fürsprecher**: er findet Gegenargumente („so schlimm ist es ja auch wieder nicht...“)
 2. **Der innere Rebell**: wirkt 1. nicht, taucht Trotz und Verweigerung auf, teilweise selbstdestruktiv
 3. **Der Stolz**: er versucht die Vorwürfe zu mildern, indem er ständig auf die Erfolge, das Können und die Bewunderung durch andere hinweist – wirkt zeitweise als wenig realistische Selbsteinschätzung
 4. **Letzte Instanz: der Ankläger**: er denkt rigoros und extrapunitiv: „Nicht ich bin schuld, sondern immer die anderen; dass die Forderungen des Introjekts nicht erfüllt wurden, liegt nicht am Inhalt der Forderung und auch nicht an der Person an sich, sondern am Umfeld, der Welt als solcher und dem Wetter im Besonderen.“

Innere Anteile: Durch Stärkung des ANP und der r EP, sowie Dialog zwischen den Anteilen -> Heilung der f EP



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 2

Kenntnisse über Innere Anteile

- **Ressourcenanteile installieren, damit sie körperlich spürbar und abrufbar sind -> diese dann zum Einweben später benutzen**
- Einführung der Teilarbeit als Voraussetzung für die Trauma Arbeit

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 2

Mit Bezugspersonen: ggf zuerst Triggersituationen alleine für reflektiertes Verhalten, danach Triggersituationen mit Bezugsperson und Kind

Bei komplex traumatisierten Patient:innen: Triggersituationen, aktuelle und anstehende Belastungen zuerst

-> Hier können die inneren Anteile bereits miteinbezogen werden

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 3

Klient soll sich wohl fühlen (sicherer Ort)

- Möglichkeit sich bequem hinzusetzen, ggf. warme Decke, Wärmflasche, Schuhe ausziehen...
- Fühlt sich der Klient im Kontakt mit der Therapeut*in (Bezugsperson) sicher?



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 3

Technik besprechen/ ausprobieren: klopfen oder Buzzer, Augen meist ungünstig

Ruhige Atmosphäre, keine Störungen, ggf davor noch Tresorübung, um Alltagssorgen wegzupacken



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 3

Während der Traumarbeit:



- **Augen möglichst geschlossen** halten (bei Bildern/ Photos immer wieder öffnen) (bei jüngeren Kindern kann es auch mit Figuren vorgespielt werden)
- in sich hineinfühlen „**felt sense**“
- **spüren, ob Handlungsimpulse, Gedanken etc auftauchen**

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten

Phase 3

Ablauf:

Therapeut*in erzählt langsam mit ruhiger Stimme



- **Einladung, eine Zeitreise zu machen in die Vergangenheit** „... wir verlassen diesen Raum, diese Zeit und gehen zurück zu einem Zeitpunkt, zu dem Du sehr sehr klein warst...“

- beschreiben körperlich, emotional gedanklich, optisch etc

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnербaren Inhalten

Phase 3

Dabei...

- **Möglichst Worte/ Formulierungen des Patienten verwenden**
- **Konjunktiv** bei Ereignissen/ Gefühlen, die unklar sind (Metaebene) oder **global** bleiben

-> **Zusammenhang zu Symptomatik benennen**

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 3

Dabei...



- **Ggf Zeitform wechseln in die Gegenwart**, um zu intensivieren
- **Ggf Distanzierungstechniken** (dritte Person, Filmmetapher...) , wenn zu intensiv
- **Bifokaler Fokus: 50/50**

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und
Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerebaren Inhalten

Phase 3

Dabei....

- Geschichte wird **aus den Augen des Klienten auf allen Ebenen** berichtet – **Entstehung der inneren Anteile** miteinbezogen
- **Symptome (ggf Konflikt der inneren Anteile) im heute werden mit damals in Verbindung** gebracht

Wichtig: Körperresonanzen beobachten – wenn keine Körperresonanz weiter, ggf das Gesagte zurücknehmen

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten

Phase 3

Dabei....

Bei Körperresonanz:

- **Regulation begleiten** (tief durchatmen, Impulse nachgeben...)
- **wenn keine Regulation möglich:** Ego states (heutiges Ich kommt zur Hilfe, inneres Trösten etc.)/ Distanzierungstechniken/ Ressourcen (Helferwesen...); Ressourcen aktivieren

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten

Phase 3

Ende der Geschichte:

- **Alles gut ausgegangen**, hier und jetzt ist es anders als damals
- Wissen, **sich selbst/ sein inneres Kind trösten/ versorgen zu können**



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnerbaren Inhalten

Phase 3

Ende der Geschichte:

- **Weitere innere Kind (fragiler Anteil) arbeiten zur Stabilisierung** (innerer Dialog mit dem inneren Kind, regelmäßige Versorgung des inneren Kindes...)
- Kontakt und Umgang zu/ mit den **Ressourcen Anteilen** und **kontrollierenden Anteilen** besprechen



Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen * mit (überwiegend) erinnербaren Inhalten

Phase 3

Weiterer Verlauf:

- **Einzelne Situationen intensivieren** mit I.B.T.®
- **Triggersituationen** bearbeiten
- **Zukunftssituationen** bearbeiten
- **Weitere therapeutische Unterstützung** je nach Bedarf

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Vorgehen bei fehlender Körperresonanz in Phase 3: Analyse

1. Ist das Ereignis von der Patient*in **überhaupt als traumatisch** erlebt worden oder verfügte sie über ausreichend Resilienz und Bewältigungsstrategien?
2. Besteht eine **intrinsische Veränderungsmotivation** bei den Patient*innen und ein Einverständnis zur Behandlung?
3. Fühlte sich die Patient*in im Kontakt mit Bezugsperson/ Behandler*in **ausreichend sicher** und können diese ausreichend Sicherheit durch eigene Verarbeitung ausstrahlen?



Vorgehen bei fehlender Körperresonanz in Phase 3: Analyse

4. Ist eine **äußere Sicherheit im Leben** der Patient*in ausreichend gegeben und/oder besteht noch ein Akuttrauma?
5. Verfügt die Patient*in über **ausreichend innere Stabilität und eigene Miss-Match Ressourcen**, um sich auf einen Verarbeitungsprozess einlassen zu können?
6. Muss die **stressorbasierte Arbeitshypothese verworfen** und eine neue entwickelt werden?



Vorgehen bei übermäßig starker Körperresonanz in Phase 3

In der Situation selbst

- Ruhe bewahren und Sicherheit ausstrahlen
- Einweben von miss-match Ressourcen
- Aktivierung schützender innerer Anteile „vorspulen“ des Filmes
- Verstärkung der sicheren Gegenwart im hier und jetzt

Beenden der Sitzung selbst durch

- Dissoziationsstop
- Tresor-Übung
- anschließender Sicherer-Ort Übung



Vorgehen bei übermäßig starker Körperresonanz in Phase 3: Analyse

1. Wurden **mögliche Triggerpunkte** im Vorfeld übersehen?
2. Kam es zu **unerwarteten Affektbrücken**?
3. War die Patient*in noch **nicht ausreichend stabil**?
4. Befanden sich die Bezugsperson/ Behandler*in selbst in einem (teil) dissoziierten Zustand und waren auf Grund dessen in ihrer **eigenen Feinfühligkeit und damit in ihrer Fähigkeit zu Co-Regulation beeinträchtigt**?
5. Kam es auf Grund blinder Flecken bei der Bezugsperson/ Behandler*in zu einer **projektiven Identifikation** bei den Patient*in und zeigte sie statt der eigenen Belastung die Belastungen des Gegenübers?



Supervision kann hier als ein **hilfreicher Bestandteil der Reflektion** gesehen werden.

Kontakt Daten

Katrin Boger

Kinder-/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP), I.B.T.® Integrative
Bindungsorientierte Traumatherapie ab dem Säuglingsalter,
Bindungsbasierte Psychotherapie

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

Leitung des WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie
WZPP®

Alfred-Delp-Strasse 2, D-73430 Aalen

info@wzpp.de

www.wzpp.de