I.B.T.® - die Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie: eine Möglichkeit zur Stabilisierung und Traumaintegration bei frühsttraumatisierten Menschen

Katrin Boger

Kinder/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP)

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

Bindungsbasierte Psychotherapie (Brisch)/ Spezielle Psychotraumatologie Kinder/ Jugendliche (DeGPT)/ EMDR (Supervisorin/ Trainerin)

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®



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/ -Trainerin und Supervisorin
Dozentin und Autorin
Leitung des WeiterbildungsZentrums für Pädagogik und Psychologie WZPP® (www.wzpp.de)

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Inhalte des Vortrags

- Potentielle Traumaereignisse prä-, peri- und postnatal
- Diagnosekriterien nach den Leitlinien der AWMF
- Traumatherapeutische Möglichkeiten bei Kindern im Überblick
- Besondere Herausforderungen in der Traumatherapie mit Kindern unter 6 Jahren
- Vorstellung der I.B.T.® Methode als eine Möglichkeit der traumaintegrativen Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Wann sprechen wir von frühen Traumata?

Frühe Traumata können ab Zeugung auftreten



Pränatale Traumata

Perinatale Traumata

Postnatale Traumata



-> Ereignisse, für die unsere Bewältigungsstrategien nicht ausreichen und, um zu überleben, zu einer Dissoziation führen

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Mögliche pränatale Traumata

- Stress der Mutter (Gewalterfahrungen, eigene Traumata/ Belastungen)
- Psychische Belastung/ Erkrankung der Mutter (z.B. Depression, Ängste etc.)
- Ablehnung durch die Mutter
- Abtreibungsversuch
- Intrauterine Operationen
- Zwillingstod
- Drogen (Nikotin, Alkohol, Medikamente etc.)
- Umwelteinflüsse
- …

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Mögliche perinatale Traumata

- Geburtstrauma
- Kaiserschnitt
- Frühgeburt

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Mögliche postnatale Traumata

- Bindungs-/ Entwicklungstraumata
- Körperliche Misshandlung
- Emotionale Misshandlung
- Vernachlässigung
- Sexueller Missbrauch
- Gewalterfahrungen als Opfer und als Zeuge
- Unfälle, Operationen, schmerzhafte ärztliche Untersuchungen
- ….

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Diagnosekriterien PTBS nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

A Traumatisches Ereignis

B Wiedererleben (1 Symptom)

- **Posttraumatisches Spiel**: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel
- **Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas in unterschiedlichen Rollen**, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels, jedoch mit inneren Stressanzeichen
- **Wiederholte Erinnerung** des traumatischen Ereignisses außerhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
- **Albträume** mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wiedererkennbaren Inhalt
- Episoden mit objektiven Anzeichen eines **Flashbacks oder von Dissoziation**
- **Psychische Belastung** bei der Konfrontation mit Hinweiszeichen

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

C Vermeidung (1 Symptom)

- **Tatsächliche oder versuchte Vermeidung** von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
- **Einengung des Spielverhaltens**
- **Sozialer Rückzug**
- **Eingeschränkte Bandbreite des Affekts**

D erhöhte Erregung (2 Symptome)

- **Ein- und Durchschlafschwierigkeiten**
- **Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität**
- **Verringerte Konzentrationsfähigkeit** im Vergleich zu vor dem Trauma
- **Übertriebene Wachsamkeit** (Hypervigilanz)
- **Übertriebene Schreckreaktion**

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

E neue Ängste und Aggressionen

(für Diagnose nicht erforderlich, aber meist Vorstellungsgrund)

- **Verlust bereits erworbener Fertigkeiten**, insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache
- **Neu auftretende Ängste**
- **Neu auftretende Trennungsängste**
- **Neu auftretende Aggressionen**

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Bindungs-/ Entwicklungstraumatisierung

- **Emotionale Vernachlässigung**
- **Chronische Entwertung** von Kindern und Zuschieben einer Sündenbockrolle
- **Behinderung der psychosozialen Entwicklung** des Kindes durch Quälen, Isolieren, aber auch Überbehüten (Abschneiden von Außenkontakten wie Spielkameraden), Terrorisierung (Drohung der Erwachsenen, das Kind zu töten oder zu verlassen) oder Ignorieren des Kindes
- Erleben einer **Vielzahl von Trennungen und Verlusten**
- **(Mit)erleben von Gewalt, Gewaltandrohungen oder Suiziddrohungen zwischen den Eltern**, Erleben von Substanzmissbrauch durch die Eltern
- **Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse** eines Kindes, wie wahrgenommen werden, gehalten werden, beschützt werden und Ähnliches

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Traumatherapeutische Möglichkeiten bei Kindern

- **KIDNET** (Narrative Expositionstherapie (NET) für Kinder
  - Keine Angaben zu Kindern unter 10 Jahren
  - Studienlage noch nicht ausreichend: überwiegend an Kindersoldaten & Flüchtlingskinder (Schauer et al., 2017)
- **Traumafokussierte kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie** (Tf-KBT)
  - Adaptives Vorgehen ab dem Alter von 3 Jahren möglich
- **Traumazentrierte Spieltherapie**
  - Ab dem Alter von 3 Jahren
  - Weit verbreitet, aber keine ausreichende Studienlage

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Traumatherapeutische Möglichkeiten bei Kindern

- **PITT-KID** (Psychodynamische Imaginative Traumatherapie für Kinder)
  - Ab dem Alter von 2 Jahren
  - Weit verbreitet, aber keine ausreichende Studienlage (Krüger & Reddemann, 2007)
- **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
  - Altersmodifiziertes Standardprotokoll
  - Von WHO im aktuellen Handbuch auch für Kinder empfohlen (April 2024)
  - Weit verbreitet, Studienlange vielversprechend
- **I.B.T.®** (Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie)

  -> integratives Verfahren aus Tf-KBT, EMDR und systemischer Therapie
  - Ab Geburt möglich
  - Für vorsprachliche Traumata geeignet
  - Seit über 10 Jahren klinisch erprobt

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Besondere Herausforderungen bei der Traumatherapie bei Kindern unter 6 Jahren

- **Diagnose PTBS schwierig**, da das ICD-10, als auch ICD-11 bzgl der Kriterien nicht für die Jüngsten ausgerichtet sind
- **Vernachlässigung, psychische Gewalt und Bindungstraumata** sind in diesem Alter ebenfalls **potentielle Traumaereignisse**, die als ACE (Adverse Childhood Experiences) über das ICD oder DSM nicht ausreichend erfasst werden (S3 Leitlinien der AWMF)
- **Häufige Komorbiditäten** (bei Kindern unter 6 Jahren 88,6% laut den S3 Leitlinien der AWMF)
  - Bedeutend für die Diagnostik und Anamnese

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Besondere Herausforderungen bei der Traumatherapie bei Kindern unter 6 Jahren

- Großer Schwerpunkt liegt auch auf der **stabilisierenden Arbeit mit den Bezugspersonen** (systemischer Blick)
  - eine Herausforderung, da bei traumatisierten Kindern auch häufig die Bezugspersonen große Belastungen aufzeigen („Beziehungs-PTBS“ (AWMF))

- **Entwicklungsangepasstes Vorgehen** notwendig

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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 Tf-KBT, des Polyvagal-Ansatzes, der systemischen Therapie, der Tiefenpsychologie uvm.

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

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

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

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

-> ab Geburt möglich

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

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!!**



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Phase 1: Arbeit mit den Bezugspersonen

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Warum zuerst die Arbeit mit den Bezugspersonen?

Ziel der Phase 1:

- Die **Bezugspersonen müssen vom Kind als sicherer Ort** wahrgenommen werden, damit eine Traumaintegration beim Kind gelingen kann.

- Dazu sollte die Bezugspersonen sich im **Vagus-Nerv** befinden und sich in ihrem Sein davon leiten lassen.

- Meist sind bei traumatisierten Kindern, die **Eltern ebenfalls belastet/ traumatisiert**.

➢ Folglich ist ein Arbeiten mit den Bezugspersonen vorab dringend notwendig.

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Wie gelingt die Arbeit mit den Bezugspersonen?

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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Phase 2: Arbeit an der Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind

Ziel der Phase 2:

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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

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
  - Nicht rein kognitiv, sondern im limbischen System müssen Veränderungen geschehen

- Ggf ergänzend Modell-Lernen, Video-Feed-Back, Feinfühligkeits-Training mit den Bezugspersonen, Empfehlung früher Hilfen…

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Phase 3: Traumaintegratives Arbeiten direkt am Kind

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Behandlung von Traumata

„In jedem Trauma ist eine wunderbare Kraft oder Energie verborgen, die zu befreien und zu transformieren unsere Lebensaufgabe, ja der Sinn unseres Lebens ist“
(Renggli, 2013).



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Grundlagen der Traumabehandlung

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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Voraussetzung: Arbeit mit den Bezugspersonen

- Deren eigene Belastung aufarbeiten, damit diese auch nonverbal in der Lage sind, **Sicherheit auszustrahlen** (Polyvagal-Theorie): Phase 1
- Arbeiten an der **Bindung zwischen Bezugspersonen und Kind: Phase 2**
- **Feinfühliges Verhalten** der Bezugspersonen als **sichere Basis** und **Ressource** für die Traumabehandlung mit dem Kind, sowie **Beruhigung des Bindungssystems des Kindes**
- **Sichere Bindung** zwischen Bezugspersonen und Kind auch als **Schutz vor Retraumatisierung und als zukünftiger Resilienzfaktor**

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Prinzipien in der Traumaarbeit mit Kindern

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



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Traumaarbeit direkt am Kind

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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie



WZPP®

Durchführung der Traumaarbeit

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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Was ist zu beachten?

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

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie



Bisherige Erkenntnisse

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



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Bisherige Erkenntnisse

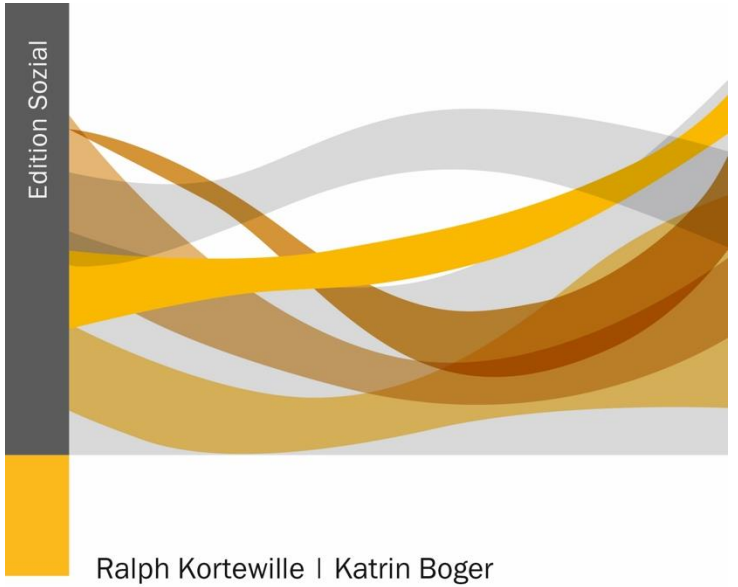
- Wirksamkeit kann nachgewiesen werden (**anhaltendes positives Outcome**)
- **Kurze Behandlungsdauer direkt am Kind** (im Durchschnitt 2,5 Sitzungen)
- **Ganzheitlicher systemischer und bindungsorientierter Ansatz**
- Hilfreich ist eine feinfühlige Bindung der **möglichst „traumafreien“ Bezugsperson** zur nonverbalen Vermittlung von Sicherheit (Polyvagal-Theorie)
- Das Kind **reagiert nur auf eigene Belastungen innerhalb von Sekunden** und auf Belastungen, die nur die Bezugspersonen betreffen, deutlich verzögert
- Traumainhalte sind besonders Situationen mit Schmerz und Angst

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP







© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®

Kontaktdaten

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/ Trainerin, Dozentin, Speakerin und Autorin

Leitung des WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie WZPP®

Alfred-Delp-Strasse 2, D-73430 Aalen

info@wzpp.de

www.wzpp.de

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie