

ejppph



EUROPEAN JOURNAL OF PRENATAL AND
PERINATAL PSYCHOLOGY AND HEALTH

Established by the International Society of Pre- and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM)

Innovativer integrativer Ansatz in der Behandlung von Traumata in den ersten Lebensjahren: Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern

Katrin Boger

Zitation:

Boger K: Innovativer integrativer Ansatz in der Behandlung von Traumata in den ersten Lebensjahren: Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern. EJPPPH Volume 1, Issue 1, 1 January 2026, Article 2.doi: (wird von der Redaktion ausgefüllt).

Zusammenfassung

Unbehandelte Traumata in den ersten Lebensjahren haben tiefgreifende Folgen für die weitere psychische, neurobiologische und körperliche Entwicklung der Betroffenen. Je früher eine psychotherapeutische Behandlung erfolgt desto eher können Folgen abgemildert oder gar verhindert werden. Die Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern (I.B.T.®) beschreibt einen innovativen Ansatz, der Behandlungsaspekte bewährter Trauma integrativer Methoden wie EMDR und Trauma Narrative, als auch Elemente der systemischen, bindungsorientierten und stressorbasierten Psychotherapie berücksichtigt. Die Behandlung umfasst sowohl die Arbeit mit den Bezugspersonen, die Verbesserung der Bindungsqualität zwischen Bezugspersonen und Kind, als auch die direkte traumaintegrative Arbeit am Säugling und Kleinkind selbst. Bisherige klinische Erfahrungen, der noch neuen Methode, legen nahe, dass eine rasche und vollständige Remission der Symptomatik, sowie eine Verbesserung der Bindungsqualität zwischen Bezugspersonen und Kind zu erzielen ist.

Schlagwörter: *Traumatherapie, EMDR, Säugling, frühe Traumata, Bindung*

Summary

Untreated trauma in the first years of life has profound consequences for the further psychological, neurobiological and physical development of those affected. The earlier psychotherapeutic treatment takes place, the sooner the consequences can be mitigated or even prevented. Integrative Attachment-Based Trauma Therapy for Infants and Toddlers (I.B.T.®) describes an innovative approach that incorporates treatment aspects of proven trauma integrative methods such as EMDR and trauma narrative, as well as elements of systemic, attachment-oriented and stressor-based psychotherapy. Treatment includes work with attachment figures, improving the quality of attachment between caregivers and child, as well as direct trauma integrative work on the infant and toddler themselves. Experience to date shows a rapid, complete remission of symptoms, as well as an improvement in the quality of attachment between caregivers and child.

Keywords: trauma therapy, EMDR, infants, early trauma, attachment

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Voraussetzungen für die Behandlung früher Traumata mit der Integrativen Bindungsorientierten Traumatherapie (I.B.T.®)	5
3. Traumaintegratives Arbeiten mit I.B.T.®	6
4. Fallvignette	8
5. Fazit	10
Literaturverzeichnis	11
Erklärung zu Interessenkonflikten	12
Plagiatsprüfung	12
Peer review Verfahren	12

1. Einleitung

Säuglingen und Kleinkindern bleibt eine direkte psychotherapeutische Behandlung im Bereich der Psychotraumatheorie häufig verwehrt, da sich viele Psychotherapeut*innen für diesen Bereich nicht ausreichend ausgebildet sehen und auch die klassische Leitlinientherapie diese Altersgruppe nicht hinreichend berücksichtigt.

Viele psychotherapeutische Behandlungsansätze beschränken sich daher auf die Beratung und Arbeit mit den Bezugspersonen zur Erhöhung von deren Feinfühligkeit und damit auch der besseren Fähigkeiten zur Co-Regulation. Dies kann eine Symptomatik bei einem traumatisierten Kind deutlich abmildern und präventiv im Umgang mit erneuten Belastungen unterstützen. Dennoch bleibt eine direkte Arbeit mit dem jungen Kind und damit eine Trauma Integration beim Kind selbst häufig aus. Diese wäre jedoch für eine vollständige und nachhaltige Trauma Bearbeitung notwendig (van der Kolk, 2009). Dabei belegen neben der bisher größten Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Experiences, ACE) von Kaiser Permanente und dem Center for Disease Control (Felitti, 2002) weitere zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, dass gerade wiederholte Erfahrungen von frühkindlichen Stressoren bei Nichtbearbeitung eine tiefgreifende Wirkung auf die Entwicklung der Psyche, aber auch auf die Neurobiologie, die Endokrinologie, die Genetik und die Immunologie (Van der Kolk, 2009; Hakamata, Suzuki, Kobashikawa, & Hori 2022) haben.

Pränatale, perinatale und Ereignisse in den ersten zwei Lebensjahren gelten als die prägendsten Erfahrungen für die Gehirn- und damit auch für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung, insbesondere im Bereich der Stressverarbeitung und -regulation (Roth 2018; Strüber 2019). Während sichere Bindungserfahrungen mit primären Bezugspersonen, die überwiegend von Verlässlichkeit und großer Feinfühligkeit geprägt sind, in den ersten Lebensjahren als bedeutendster Schutz- und Resilienzfaktor für das Kind gelten, zeigen sich sogenannte toxische Beziehungs- und Bindungserfahrungen wie z.B. Vernachlässigung, psychische und/ oder körperliche Gewalt, aber auch traumatische Ereignisse wie z.B. eine lebensbedrohliche Situation für das Kind während oder nach der Geburt, als die schädlichsten und folgenreichsten Erlebnisse im Bereich der psychischen und körperlichen Gesundheit (Boger, 2022; Roth, 2018; Hakamata et al., 2022).

Je eher wir demnach den betroffenen Kindern und deren Bezugspersonen therapeutische Unterstützung ermöglichen, desto mehr können wir Langzeitfolgen für die Kinder abmildern oder gar verhindern. In der präventiven Arbeit wird mit werdenden Müttern unter anderem deren eigene Belastungen aus ihrer eigenen Kindheit und/ oder Gegenwart aufgearbeitet, sowie deren Fähigkeit zu Feinfühligkeit, sowie ihre eigene Stressregulationsfähigkeit sensibilisiert und ausgebaut (Brisch 2024).

Die Aufarbeitung von eigenen unverarbeiteten traumatischen Erlebnissen der Mütter trägt insofern eine große Bedeutung, da in wissenschaftlichen Studien Zusammenhänge dieser Erfahrungen mit einem unsicheren bis desorganisierten Bindungsstil des Kindes nach dem ersten Lebensjahr festgestellt werden konnte (Galbally et al., 2022; Roth, 2018; Boger, 2022; Cierpka, 2014). Eine traumasensible Begleitung beider Bezugspersonen, insbesondere der Mutter, bereits vor oder zumindest während der Schwangerschaft bringt demnach das Potential mit sich, negative Folgen wie zum Beispiel Interaktionsstörungen oder gar Bindungsstörungen zwischen Bezugsperson und Kind abzumildern oder sogar vorzubeugen (Kruse, 2021; Strüber 2019).

Bei prä- und postnatalen traumatischen Ereignissen ist eine möglichst zeitnahe traumatherapeutische Unterstützung von Kind und Bezugspersonen indiziert. Ereignisse mit Traumapotentiale können für das Kind Geburtstraumata, Misshandlungen, Vernachlässigungen, sexueller Missbrauch, körperliche Gewalt, Miterleben häuslicher Gewalt, aber auch Belastungserfahrungen durch wiederholte schmerzhaftes ärztliche Untersuchungen und

Behandlungen sein (Gysi, 2022). Triggersituationen, das heißt zeitlich später stattfindende äußere Situationen, die direkt an das traumatische Ereignis erinnern, können hochbelastend wirken und damit eine Retraumatisierung auslösen (Coates, 2018; Boger, 2022; Boger 2023; Wade, Parsons, Humphreys, McLaughlin, Sheridan, Zeanah, Nelson & Fox 2022). Dies kann ebenfalls auch indirekt durch Triggererfahrungen, wie zum Beispiel durch unbewegte oder aggressive Mimik durch Personen im Umfeld oder auch auf der emotionalen Ebene durch subjektiv erlebtes zurückweisendes Verhalten von Mitmenschen, die damit das traumatische Ereignis reaktivieren, geschehen (ebd). Da die vor dem dritten Lebensjahr erlebten Erlebnisse nicht im expliziten Gedächtnis abgespeichert werden können, zeigt sich das Wiedererleben von frühen Traumata des Kindes insbesondere in affektiven und somatischen Repräsentationen (Coates, 2018).

Gemäß des für Patient*innen dieses Alters zur Verfügung stehenden diagnostischen Klassifikationssystem zero to three können am Kind Symptome in den Bereichen der Übererregung (körperliche Unruhe, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Fütterstörungen, Regulationsstörungen, Hypervigilanz), des Wiedererlebens (Flashbacks bis hin zur Dissoziation), des Abstumpfens (eingeschränkte Bandbreite des Affekts, Verlust bereits erworbener Fertigkeiten, sozialer Rückzug, Apathie) und der Vermeidung (Trennungsängste, Ängste) durch die Bezugspersonen in der Fremdanamnese beschrieben und in der direkten Interaktion beobachtet werden (Boger, 2022; Boger, 2023; Coates, 2018; National Center for Infants, Toddlers, and Families, 1999).

2. Voraussetzungen für die Behandlung früher Traumata mit der Integrativen Bindungsorientierten Traumatherapie (I.B.T.®)

Bereits vor über 20 Jahren wurde von Bob Tinker (2000) und auch Joanne Morris-Smith (2002) in Fallvignetten im Rahmen von EMDR-Sitzungen (EMDR = Eye Movement and Desensitization and Reprocessing) Behandlungen von frühen Traumata bei Kindern beschrieben. In beiden Fällen konnten durch die EMDR-Behandlung die traumatischen Ereignisse der Kinder erfolgreich integriert und eine vollständige Remission der Symptomatik erreicht werden (Boger 2023; Boger, 2024). Die Traumanarrativarbeit unter der in der EMDR üblichen bilateralen Stimulierung ist demnach keine neue Erkenntnis. Mit der I.B.T.® Methode selbst wurde dieses Wissen aber weiterentwickelt und in einen größeren systemischen Kontext gesetzt.

Da sehr junge Kinder in einer symbiotischen Verbindung zu ihren Bezugspersonen stehen, sollte die Trauma Integration mit Kindern in den ersten Lebensjahren im Vergleich zu älteren Kindern altersspezifisch angepasst werden. Für die Behandlung des Kindes ist es von großer Bedeutung, dass die Bezugspersonen während der Trauma Integration des Kindes ihrem Kind größtmögliche emotionale Sicherheit und Geborgenheit vermitteln.

Die Bezugspersonen sollten vom Kind zu diesem Zeitpunkt als sicherer Ort erlebt. Ihre Anwesenheit kann damit direkt auf das autonome Nervensystem des Kindes beruhigend wirken und damit die Grundlage für einen Verarbeitungsprozess ermöglichen (Boger 2023; Boger, 2024; Porges 2021; Sanders & Thompson 2022). Sind die Bezugspersonen jedoch selbst innerlich im Stress, sind sie nicht in der Lage, feinfühlig und co-regulativ dem Kind zur Verfügung zu stehen und werden damit vom Kind nicht als sicherer Ort wahrgenommen. Eine im Sympathikus aktivierte Bezugsperson wird sogar schlimmstenfalls auf das Kind alarmierend wirken und einen reaktiven Stress im Kind auslösen, der zu einer sekundären Traumatisierung des Kindes führen kann (Boger 2023; Boger, 2024; Porges 2021; Sanders & Thompson 2022). Diese Sympathikus-Aktivierung bei der Bezugsperson kann viele Ursachen haben. Dies können eigene unverarbeitete Belastungen aus der eigenen Lebensgeschichte, das Beobachten von Traumafolgesymptomen beim Kind oder auch durch Hilflosigkeit und Unsicherheiten im Kontakt mit dem Kind sein (Boger 2023; Boger, 2024; Le Vigouroux et al. 2022; Porges 2021; Sanders & Thompson 2022).

Allgemein gilt als Grundlage für eine erfolgreiche Trauma Integration, dass sich Patient*innen während der Traumakonfrontation im therapeutischen Rahmen sicher, gesehen und gehalten fühlen. Dadurch kann ein bifokaler Fokus entstehen, in dem die Patient*innen sowohl im Traumastress aktiviert, als auch im Erleben eines sicheren Ortes im Hier und Jetzt fest verortet sind. Damit ist nach Hensel die Grundlage für eine erfolgreiche Traumabehandlung geschaffen (Hensel, 2020). Sollte diese äußere (und innere) Sicherheit und damit der bifokale Fokus während des Prozesses nicht erreicht werden, wird der/ die Patient*in eher vermeiden und damit ist eine erfolgreiche Trauma Integration nicht möglich (Boger, 2023). Angepasst an die Arbeit mit sehr jungen Kindern sollten während der Trauma Integration sowohl der/ die Therapeut*in, als auch die Bezugspersonen sich in einem möglichst entspannten, Sicherheit ausstrahlenden Zustand befinden damit beim Kind der beschriebene bifokale Fokus entstehen und die traumaintegrative Arbeit am Kind gut gelingen kann (Boger, 2022; Boger, 2023).

3. Traumaintegratives Arbeiten mit I.B.T.®

Wie bereits beschrieben sollten die Bezugspersonen während der Behandlung des Kindes eine maximal mögliche emotionale Stabilität ausstrahlen. Um dies zu erreichen, wird im Rahmen einer I.B.T.®-Behandlung in der ersten Phase ausschließlich mit den Bezugspersonen gearbeitet. Anhand eines angepassten Vorgehens mit EMDR wird mit den Bezugspersonen die traumatischen Ereignisse des Kindes aus Sicht der Bezugspersonen bearbeitet (Boger, 2023). Diese Behandlung ist methodisch an die Behandlung des Kindes angelehnt, damit den Bezugspersonen hier, neben der eigenen Verarbeitung der Ereignisse, die Möglichkeit gegeben wird, die Methode, die später mit dem Kind angewendet wird, vorab selbst an sich zu erleben. Dies erhöht nach erfolgreicher Durchführung das Vertrauen in die Therapeut*in, als auch in die Methode selbst. Erst wenn es den Bezugspersonen gelingt, über das traumatische Ereignis des Kindes zu sprechen, ohne selbst im eigenen Traumastress aktiviert zu werden und damit während des Erzählens der Traumageschichte in emotionaler Sicherheit bleibt, ist die erste Phase der Behandlung abgeschlossen (Boger, 2022; Boger, 2023).

(neue Zeile?) In der zweiten Phase einer I.B.T.® Behandlung steht die Bindung zwischen Bezugsperson und Kind im Mittelpunkt. Damit die Bezugsperson vom Kind als sicherer Ort erlebt werden kann, sollte die Bindung zwischen ihnen ausreichend sicher sein (Boger, 2023). Beeinträchtigen eskalierende Alltagstriggersituationen, die meist mit einem reflexhaften Reagieren von Bezugspersonen einhergehen, die Bindung zwischen Bezugsperson und Kind zu sehr, sollten diese Situationen vorrangig bearbeitet werden. Auch hier kann die I.B.T.® Methode angewendet werden.

Des Weiteren werden die Bezugspersonen in dieser zweiten Phase angeleitet, feinfühlig die Signale ihres Kindes wahrzunehmen, zu deuten, sowie entwicklungs- und altersadäquat darauf zu reagieren (Boger, 2023). Erst wenn es den Bezugspersonen überwiegend gelingt, in Alltagstriggersituationen reflektiert (co-regulativ) und nicht mehr reflexhaft zu reagieren, sowie empathisch feinfühlig sich in ihr Kind einzufühlen, kann die Bezugsperson vom Kind als ausreichend sicherer Ort erlebt werden (Boger, 2022; Boger, 2023). Nach Abschluß von Phase eins und zwei sind die Voraussetzungen für die direkte Traumakonfrontationsbehandlung am Kind in der dritten Phase einer I.B.T.® Behandlung gegeben.

In der dritten Phase der I.B.T.[®]-Behandlung wird direkt am Kind mit Unterstützung der Bezugsperson traumaintegrativ gearbeitet. Während der Behandlung der sehr jungen Kinder sind die Bezugsperson immer mitanwesend und unterstützen gemeinsam mit der Therapeut*in das Kind in seinem Verarbeitungsprozess (Boger, 2023). Um den Belastungsgrad der Kinder während der Behandlung zuverlässiger erheben zu können, bekommen Kinder im 1. Lebensjahr zu Beginn der Sitzung ein Herzfrequenzmessgerät oder ein Pulsoximeter angelegt. Befinden sich die Kinder in Entspannung, zeigen sie eine ruhige Herzfrequenz. Bei Erregung in Stresssituationen, zum Beispiel durch die Aktivierung des Traumastress, steigt auf körperlicher Ebene, auf der die frühen Traumata primär abgespeichert sind, die Herzfrequenz innerhalb von Millisekunden auf einen deutlich erhöhten Wert (Boger, 2022; Boger, 2023). So können die Belastungsmomente des Kindes für Bezugsperson und Therapeut*in hier sichtbar gemacht werden. Durch eine hohe Herzfrequenz zeigt sich eine mögliche traumaassoziierte Belastung und eine bilaterale Stimulierung wird begonnen. Diese erfolgt hier in Form eines leichten Rechts-links-Klopfens am Körper des Kindes durch die Therapeut*in (Boger 2023; Elofsson 2008; Pfeiffer 2022; Sack et al. 2008). Während der Behandlung werden die Ereignisse des Kindes von den Bezugspersonen in Form eines Traumanarrativs aus der Perspektive des Kindes berichtet (Boger 2023; Hensel 2007). Das Narrativ sollte an einem für das Kind sicheren Zeitpunkt beginnen und an einem Punkt enden, an dem das traumatische Ereignis für das Kind vorbei ist und es sich wieder sicher gefühlt hat (Boger, 2024). Es ist von großer Bedeutung, dass sich das Kind am Ende der Behandlung in einem entspannten Zustand befindet (Boger, 2023; Boger, 2024). Auch Herausforderungen in der Zukunft können dem Kind auf ähnliche Weise berichtet und damit vorbereitet werden (Hensel 2007).

Diese chronologische Rekonstruktion der traumatischen Ereignisse durch die Bezugspersonen fördert das Kohärenzgefühl bezüglich des Geschehens beim Kind selbst (Boger 2023; Boger 2024). Während der Erzählung befindet sich das Kind im engen (Körper-)Kontakt mit der Bezugsperson. Das gesamte Narrativ sollte die Dauer von 15 bis 25 Minuten nicht überschreiten, um die Konzentrationsspanne des Kindes zu entsprechen. Klinische Erfahrungen zeigen, dass auch sehr junge Kinder über diese Zeitspanne gut die Aufmerksamkeit halten und der Geschichte folgen können (Boger 2023; Boger 2024). Die Bezugspersonen schildern dem Kind die belastenden Erlebnisse chronologisch möglichst mit allen Sinneskanälen, Gefühlszuständen und Körperwahrnehmungen. Für eine umfassende Aktivierung der Belastungen ist es bedeutend, dass das Narrativ aus der Perspektive des Kindes berichtet wird und die Bezugspersonen sich beim Erzählen maximal empathisch in die Wahrnehmung ihres Kindes einfühlen (Boger 2023; Boger 2024).

Nach Grawe ist eine umfassende Aktualisierung des Belastungsmaterials auf kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene in einem sicheren therapeutischen Rahmen die Grundvoraussetzung für die Verarbeitung und Integration traumatischer Ereignisse (Boger 2023; Boger 2024; Grawe 1998). Werden die genannten Rahmenbedingungen berücksichtigt, besteht keine Gefahr, dass durch das erneute Berichten der Ereignisse eine Retraumatisierung beim Kind geschieht (Boger 2023). Klinische Beobachtungen während der Behandlung mit I.B.T.[®] zeigen, dass das Kind auf eigene Belastungen innerhalb von Millisekunden mit einer Sympathikusaktivierung in Form einer erhöhten Herzfrequenz sowie einer erhöhten Körperspannung reagiert.

In Reaktion auf die alleinigen Belastungen der Bezugspersonen kommt es beim Kind zu einer sekundären Aktivierung des Sympathikus mit einer Verzögerung von einigen Sekunden (Boger 2022, 2023).

Während die Bezugspersonen nun intuitiv mögliche Gefühle und Kognitionen des Kindes während dem Berichten der belastenden Ereignisse dem Kind anbieten, kann das Kind den Erzählungen der Bezugsperson durch seine körperliche Reaktionen proaktiv Rückmeldungen geben und ihr damit eine Korrektur und eine Anpassung der von ihr angebotenen Gefühle und Kognitionen ermöglichen (Boger 2024). Erfolgt auf die angebotenen Gefühle und Kognitionen keine sofortige körperliche Reaktion des Kindes, entsprechen diese nicht der Wahrnehmung des Kindes oder wurden von diesem als nicht belastend erlebt, so dass das primäre Traumanetzwerk des Kindes nicht aktiviert werden konnte (Boger 2023).

Halten die Bezugspersonen jedoch auf Grund eigener Belastungen oder der festen Überzeugung, dass es für das Kind schlimm gewesen sein muss, an diesen belastenden Schilderungen fest, erfolgt ein sekundärer Anstieg der Herzfrequenz des Kindes mit einer zeitlichen Verzögerung von einigen Sekunden. Die Folge können bei häufigen Wiederholungen dieses fehlerhaften und vehementen Angebots von Empfindungen eine sekundäre Traumatisierung des Kindes und/oder eine Interaktionsstörung zwischen Bezugsperson und Kind sein (Boger 2024). Eine Arbeit mit den Bezugspersonen (Phase 1 und 2) VOR der Arbeit mit dem Kind in Phase 3 ist daher unerlässlich und auch der Prozess in Phase 3 sollte unbedingt durch eine erfahrene Therapeut*in achtsam und gegebenenfalls korrigierend begleiten werden (Boger 2023; Boger 2024).

4. Fallvignette

Vorstellunganlass:

Jan, zu Behandlungsbeginn 10 Monate alt, wurde von seiner Mutter auf Grund von starken Trennungsängsten, Ein- und Durchschlafproblemen, sowie einer Fütterproblematik vorgestellt. Die Mutter berichtete im Erstkontakt, der ohne Jan erfolgte, unter großer eigener Belastung, dass Jan sehr auf sie fixiert sei. Sie könne ihn nicht ablegen, ohne dass er zu weinen beginne. Sie trage ihn quasi 24 Stunden und auch nachts schlafe er nur im engsten Körperkontakt zu ihr. Dennoch schlafe er sehr schwer ein, wache häufig in der Nacht auf und ließe sich dann nur schwer beruhigen. Beim Stillen und auch bei der Beikost wirke er sehr angespannt. Er reagiere auf jedes Geräusch, blicke immer um sich und verweigere die Nahrungsaufnahme, sobald sich außer ihnen beiden jemand im Raum befinde. Die beschriebene Symptomatik bestehe seit Geburt und breite sich immer mehr aus. Aktuell sei er mit seinem Vater spazieren, was für beide ein großer emotionaler Stress bedeute.

Anamnese:

Die Mutter berichtete, dass Jan ein absolutes Wunschkind sei, Geschwister habe er keine. Er sei natürlich gezeugt worden. Die Schwangerschaft sei bis kurz vor der Geburt unkompliziert verlaufen. Im neunten Schwangerschaftsmonat sei der Vater an Corona erkrankt und die werdenden Eltern hätten auf Grund dessen vorübergehend räumlich getrennt gelebt, was die Mutter sehr belastet habe. Sie habe große Angst vor einer eigenen Ansteckung, aber auch um die Gesundheit ihres Mannes gehabt, der als Risikopatient galt. Die Geburt erfolgte nach einer langen Wehen Phase durch eine sekundäre Sectio. Der Vater und auch keine andere Bezugsperson durfte die Mutter bei der Geburt begleiten. Die Mutter berichtete, dass sie sich sehr alleingelassen, hilflos und ausgeliefert gefühlt habe. Direkt nach der Geburt sei Jan auf Grund auffälliger Vital- und Blutwerte für zwei Wochen auf die Neonatologie gekommen. Sie habe ihn die erste Woche nicht besuchen können und auch dem Vater sei der Kontakt zu Jan verwehrt worden.

Erst nach sieben Tagen habe sie Jan sehen und erst nach zwei Wochen mit nach Hause nehmen dürfen. In dieser Zeit habe sie, die Mutter, viel geweint. Zuhause habe sie Jan häufig auch zum eigenen Trost gebraucht. Nachdem es ihr psychisch besser gegangen sei, habe die beschriebene Symptomatik von Jan begonnen.

Phase 1 – Arbeit mit der Mutter:

Um die Mutter, die eine große eigene Belastung aufzeigte, zu stabilisieren, wurde vorab mit ihr gearbeitet. In der Behandlung wurde die Mutter gebeten, die gesamte Geschichte von einem Zeitpunkt, an dem für sie noch alles in Ordnung war (Schwangerschaft), über die belastenden Ereignisse bis zu dem Zeitpunkt, wo für sie wieder alles gut war (Ankunft Zuhause) erneut langsam aus ihrer eigenen Perspektive zu berichten. Durch die Metapher, dass wir uns diese Geschichte wie als alten Film anschauen, gelang es der Mutter in einen bifokalen Fokus zu gelangen, in dem sie sich einerseits im sicheren hier und jetzt und gleichzeitig in der erneut erlebten emotionalen Belastung der Vergangenheit befand. Besonders große Belastungsmomente wurden wie im EMDR üblich mit rechts-links Augenbewegungen (bilaterale Stimulierung) in ihrer Verarbeitung unterstützt. Nach zwei Doppelsitzungen war die Mutter soweit stabilisiert, dass sie über die Ereignisse sprechen konnte, ohne erneut in eine größere emotionale Belastung zu gelangen.

Phase 2 – Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind:

Da die Mutter Alltagsbelastungen weiterhin als sehr herausfordernd beschrieb und auch traurig berichtete, dass sie immer wieder zu heftig Jan gegenüber reagiere, wurden in dieser Phase Alltagssituationen nach dem oben beschriebenen Vorgehen angeschaut. Die Mutter berichtete gegenwärtige Alltagsbelastungen aus der nahen Vergangenheit wie zum Beispiel Füttersituationen, aber auch das Einschlafritual von gut bis gut und die Belastungsmomente wurden erneut mit bilateraler Stimulierung durch die Augenbewegungen begleitet. Dasselbe Vorgehen für diese Situationen wurden auch auf für die nahe Zukunft ausgeführt, um mit der Mutter reflektierte Verhaltensweisen zur feinfühlig und co-regulativen Begleitung ihres Sohnes in diesen Situationen kognitiv, aber auch emotional zu verankern. Nach weiteren zwei Sitzungen berichtete die Mutter, dass der Alltag inzwischen deutlich leichter sei und es ihr zunehmend besser gelinge, ruhig zu bleiben und feinfühlig bei ihrem Sohn und weniger mit ihren eigenen Belastungen konfrontiert zu sein.

Phase 3 – Die direkte Trauma integrative Arbeit am Kind mit Unterstützung durch die Bezugsperson:

Nachdem es der Mutter nun gelang, Sicherheit ausstrahlend und ruhig über die belastenden Ereignisse zu sprechen und sich auch der Alltag deutlich stabilisiert hat, wurde Jan gemeinsam mit seiner Mutter eingeladen. Im direkten Kontakt konnte deutlich beobachtet werden, dass Jan seine Mutter als sicheren Ort erlebt und diese feinfühlig, situations- und altersangemessen ihm begegnete. Vom Arm der Mutter aus zeigte sich Jan in der Lage mit der Therapeutin in Kontakt zu treten, indem er sie freundlich anlächelte. Die Therapeutin begrüßte Jan, erzählte ihm das weitere Vorgehen der Sitzung und zeigte ihm das Herzfrequenzmessgerät. Jan blickte zuerst misstrauisch von der Therapeutin zu seiner Mutter und als diese aufmunternd ihm zunickte, streckte er seine Ärmchen Richtung Therapeutin. Nachdem das Herzfrequenzmessgerät an Jan`s Oberkörper angelegt worden war, erzählte ihm seine Mutter (während Jan im direkten Blickkontakt auf ihrem Arm lag) seine eigene Geschichte wie Jan es vermutlich erlebt hat. Die Mutter begann zu einem Zeitpunkt, von dem sie selbst ausging, dass es Jan noch gut ging, und endete im heute, indem sie Symptome im hier und jetzt mit den Ereignissen von damals in Zusammenhang stellte und versicherte, dass die schlimme Zeit von damals heute aber vorbei sei. Während des Narrativs bot die Mutter Jan intuitiv empathisch verschiedene Gefühlszustände an und Jan reagierte körperlich und mit seinem Verhalten entsprechend den Inhalten der Geschichte.

Erhöhte sich die Herzfrequenz deutlich, klopfte die Therapeutin rechts-links im Wechsel auf die Beinchen von Jan (bilaterale Stimulierung), um einen inneren Verarbeitungsprozess zu unterstützen. Besondere Stressreaktion von Jan zeigten sich bei der Trennung von der Mutter und schmerzhaften Erfahrungen auf Grund notwendiger medizinischer Behandlungen auf der Neonatologie. Am Ende der Sitzung zeigte sich Jan sehr müde und kuschelte sich in den Arm seiner Mutter.

Ergebnis der Behandlung:

Zwei Wochen später meldete sich die Mutter und berichtete, dass Jan in den ersten Tagen nach der Behandlung unruhiger als gewöhnlich gewesen sei. Sie habe den Eindruck gehabt, dass er einige Themen noch für sich nachbearbeitet habe. Ihr sei es jedoch gut gelungen, Jan in diesen Situationen feinfühlig und co-regulativ zu begleiten. Nach etwa 3 Tagen seien dann erste positive Veränderungen bei Jan aufgetreten. Jan schlafe nun auch ohne engen Körperkontakt ein, erwache nur noch einmal in der Nacht und beruhige sich dann auch schnell. Er suche nun auch von sich aus den Kontakt zum Vater und zeige sich neugierig gegenüber ihm unbekanntem Personen. Insgesamt wirke Jan auch bei Füttersituationen sehr entspannt und glücklich. In der Katamnese nach 6 Monaten bestätigte die Mutter, dass die positive Entwicklung weiterhin anhalte.

5. Fazit

Unverarbeitete frühe Traumata können für die Kinder und ihre Bezugspersonen eine große Herausforderung mit belastenden Folgen, die sich nachteilig auf den gesamten weiteren Lebensverlauf auswirken können, bedeuten. Frühe Behandlungsmöglichkeiten sind häufig unbekannt, jedoch so bedeutend. Je früher den Kindern und ihren Familien (therapeutische) Unterstützung angeboten wird, desto mehr können Langzeitschädigungen oder sogar deren Entstehung abgewandt werden. Die Besonderheit in der Arbeit mit der Methode der Integrativen Bindungsorientierten Traumatherapie ist, dass bereits sehr früh mit der direkten Traumaintegration beim Kind begonnen werden kann. Zentral bedeutend ist zudem der intensive Einbezug der Bezugspersonen in die Arbeit, sowie der Blick auf die Bindungsqualität zwischen Bezugspersonen und Kind. Damit kann die Methode als ein ganzheitlich integrativer und systemischer Ansatz für die Traumabearbeitung bei Säuglingen und Kleinkindern gesehen werden. In bisherigen Follow-Up-Befragungen der Behandlungen seit zehn Jahren seit der Anwendung der Methode, wurde überwiegend eine stabile und vollständige Remission der Symptomatik berichtet. Daher sollte die Verbreitung dieses Wissens und die Anwendung früher Interventionsmöglichkeiten möglichst weitläufig und niederschwellig vorangetrieben werden.

Literaturverzeichnis

Boger, K (2022). *Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern*. Kohlhammer. Stuttgart.

Boger, K (2023). *Innovativer integrativer Ansatz in der Trauma-Behandlung in den ersten Lebensjahren: Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern*. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 72/2023, 112-127.

Boger, K (2024) In Kruse M & Hartmann K (Hg). *Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte*. Schattauer. Stuttgart. 32-37.

Brisch, K-H (2024). *Safe®: Sichere Ausbildung für Eltern*. Klett-Cotta. Stuttgart.

Buß, C (2016). *Welche Auswirkungen haben mütterlicher Stress und Trauma auf die fetale und frühkindliche Entwicklung ihres Kindes?. Kooperationstagung „Gemeinsam stark für Familien – Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz*. Berlin.

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

Coates, S (2018). *Können Babys Traumata im Gedächtnis behalten?. Psyche – Zpsychoanal* 72. Klett-Cotta. Stuttgart.

Elofsson, U. O. et al. (2008). *Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing*. *J Anxiety Disord* 22, 622-34.

Felitti, V. J. (2002). *Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. Die Verwandlung von Gold in Blei*. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 48 (4), 359-369.

Galbally, M., Watson, S. J., van Ijzendoorn, M. H., Tharner, A., Luijk, M., & Lewis, A. J. (2022). *Maternal trauma but not perinatal depression predicts infant-parent attachment*. *Archives of women's mental health*, 25(1), 215-225.

Grawe, K (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe. Göttingen.

Gysi, J (2022). *Diagnostik von Traumafolgestörungen: Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11*. Hogrefe. Göttingen.

Hakamata, Y., Suzuki, Y., Kobashikawa, H., & Hori, H. (2022). *Neurobiology of early life adversity: A systematic review of meta-analyses towards an integrative account of its neurobiological trajectories to mental disorders*. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 100994.

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

Hensel, T (2020). *Stressorbasierte Psychotherapie*. Kohlhammer. Stuttgart.

Kruse, M (2021). *Begleitung von traumatisierten Frauen während Schwangerschaft und Geburt in der frauenärztlichen Praxis*. *Gyne* 7/2021, 32-37.

Le Vigouroux, S., Charbonnier, E., & Scola, C. (2022). *Profiles and age-related differences in the expression of the three parental burnout dimensions*. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-20.

Morris-Smith, J (2002). *EMDR: Clinical Applications with Children*. ACPD Occasional Paper No. 19, 23-29.

National Center for Infants, Toddlers, and Families (1999). *Zero To Three. Diagnostische Klassifikation: 0-3*. Springer-Verlag. Wien.

Pfeiffer, A (2022). *Emotionale Erinnerung – Klopfen als Schlüssel für Lösungen*. Carl-Auer-Verlag. Heidelberg.

Porges, S.W. et al (2018). *Autonomic regulation of preterm infants is enhanced by Family Nurture Intervention*. *Developmental Psychobiology*. 2019;00:1-11.

Porges, S.W. (2021). *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit: Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung*. G.P. Probst Verlag. Lichtenau.

Roth, G (2018). *Wie das Gehirn die Seele macht*. Klett-Cotta. Stuttgart.

Sack, M et al. (2008). *Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) -results of a preliminary investigation*. *J Anxiety Disord* 22 1264-71.

Sanders, M.R., Thompson, G.S. (2022). *Die Polyvagal-Theorie und die Entwicklung des Kindes: wie wir es schaffen können, Kinder, Familien und Gesellschaften zu stärken*. G.P. Probst Verlag. Lichtenau.

Strüber, N (2019). *Risiko Kindheit*. Klett-Cotta. Stuttgart

Tinker, B & Wilson, S. (2000). *EMDR mit Kindern*. Junfermann. Paderborn.

Van der Kolk, B (2009). *Entwicklungsstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58 (2009) 8, 572-586.

Wade, M., Parsons, J., Humphreys, K. L., McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Zeanah, C. H., Nelson C.A., & Fox, N. A. (2022). *The Bucharest Early Intervention Project: Adolescent mental health and adaptation following early deprivation*. *Child Development Perspectives*, 16(3), 157-164.

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es liegen seitens der Autoren keine Interessenkonflikte vor.

Plagiatsprüfung

Die Plagiatsprüfung erfolgte mit der Software „Plag Aware“ der Hochschule Fulda.

Peer Review Verfahren

Das wissenschaftliche Prüfverfahren erfolgte nach dem Vier-Augen-Prinzip durch Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt und Dr. med. Ludwig Janus, beide Mitglieder im Wissenschaftlichen Beirat der ISPPM.