

I.B.T.[®] Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern von Katrin Boger

TEXT: SILKE DECKELNICK

Seit einiger Zeit wird der sechsjährige J. von mir logopädisch betreut. J. zeigt ein gutes Sprachverstehen und eine sehr gute Beobachtungs- und Nachahmungsfähigkeit auf Handlungsebene. Im motorischen Bereich zeigt er gute Fähigkeiten. Seine sprachlichen Schwierigkeiten begründen sich in einer ausgeprägten Dyspraxie. Zusätzlich zeigt J. ein starkes Störungsbewusstsein und eine geringe Frustrationstoleranz.

J. kam im Klinikum auf die Welt, die Eltern hatten eine ambulante Entbindung gewünscht. Da J. ca. zwölf Stunden nach der Geburt einen Zyanoseanfall hatte, musste er länger im Krankenhaus bleiben.

J. kam ohne zu schreien auf die Welt. Direkt nach seiner Geburt wurde der Junge von einer Kinderärztin untersucht, der Grund dafür ist der Familie nicht bekannt. Die APGAR-Werte waren unauffällig. Es fand keine Anleitung zum Stillen statt und ein Bonding mit der Mutter ohne Hautkontakt, da das Kind eingewickelt in Decke und Strampler bleiben sollte. Weiter hatte J. keinen Saugreflex, was von der Hebamme nicht erkannt wurde, die Unterstützung durch Pflegekräfte und Hebamme war eher schlecht. Auch wurde der mütterliche Instinkt durch Verunsicherung seitens des Personals unterdrückt. Der Verdacht »Trisomie 21« wurde in den ersten Lebensstunden von J. gestellt und durch den Schnelltest nach etwa fünf Tagen bestätigt. J. wurde mit einer Nasensonde, einem Zugang am Handrücken und einem High-Flow versorgt. Nach ca. vier Wochen Intensivstation, in denen J. oft allein war, wurde er mit Monitor entlassen. Rückwirkend ist kein Grund ersichtlich, warum er so lange im Klinikum bleiben musste. Diese ersten Wochen führen bei J. zu einer maximalen Verunsicherung und Traumatisierung.

Die Lebensgeschichte von J. wurde in der ersten Phase mit der Mutter als Bezugsperson bearbeitet. Frau T. wurde stabilisiert und konnte so ihren Teil der Geschichte gut aufbewahren. Aufgrund der langen Therapiezeit in meiner Praxis konnte ich auf Phase zwei verzichten, da ich die Mutter-Kind-Interaktion kannte. Vor drei Wochen wurde J. seine Lebensgeschichte von seiner Mutter erzählt, sodass er sie für sich aufarbeiten konnte. Frau T. berichtet, dass J. sich neuerdings Stempel auf den Handrücken stempelt. Wenige Tage zuvor war es für J. ein großes Problem, als Familienmitglieder einen Stempel auf die Hand gedrückt bekamen. Er geriet bei dem Anblick in traumatypisches Flucht- und Kampfverhalten. Ebenso zeigt sich eine noch intensivere Mutter-Kind-Bindung.

In der Therapie ist J. aufgeschlossener, blickgerichteter und mutiger. Welche Veränderungen sich noch zeigen, oder ob noch einmal nachgearbeitet werden darf, lässt sich aufgrund der kurzen Zeit nach der Behandlung noch nicht sagen.

Durch meine langjährige Arbeit mit Frühgeborenen und Kindern mit Behinderung wurde ich auf das Therapiekonzept von Frau Boger aufmerksam. Heute kann ich mit meinem Wissen viele Verhaltensweisen von Kindern besser verstehen und angehen. Dies beginnt mit Alltagshandlungen wie Pflaster oder Tattoo aufkleben, Verkleiden zu Fasching, Schneiden der Fingernägel oder Waschen der Haare.

Worum geht es bei der I.B.T.[®]?

Positive Eindrücke, die wir über die Wahrnehmungskanäle wie Haut, Ohren, Augen und Nase aufnehmen, gelangen über den Thalamus (Pfortner) in den präfrontalen Cortex und die Amygdala. Der Weg zur Amygdala ist schneller und genauer als der zum präfrontalen Cortex. Die Amygdala beurteilt das Wahrgenommene und gibt Informationen an den präfrontalen Cortex, Hippocampus, Stammhirn und Hypothalamus weiter. Diese Informationen werden u.a. vom Hippocampus an das Broccazentrum (Sprachzentrum) und den präfrontalen Cortex weitergegeben.

Wird das Erlebte als positiv wahrgenommen, ist dieser Kreislauf ungestört und es kommt zu einer positiven – »gebündelten« – Abspeicherung im Langzeitgedächtnis.

Doch was passiert, wenn die Eindrücke für uns belastend und vielleicht sogar traumatisierend sind? Dann wird das Erlebte von der Amygdala als Bedrohung einsortiert. Diese setzt Hormone frei und »schlägt Alarm«. Das Denken im präfrontalen Cortex ist nicht mehr möglich, da dieser Weg gestört ist; auch der Weg zwischen Amygdala und Hippocampus ist blockiert. Der Körper ist in Alarmbereitschaft für Kampf, Flucht oder Erstarren. Somit werden die Sinneseindrücke nicht »gebündelt« abgespeichert, sondern sind im Gehirn »zersplittert«. Die Erinnerung fragmentiert und kann nun nicht mehr als Ganzes im Langzeitgedächtnis gespeichert werden. Emotional bleibt diese fragmentierte Erinnerung in dem emotionalen Alterszustand, in dem sie erlebt wurde.

Dadurch kann die betroffene Person bei Aktivierung (Trigger) nicht unterscheiden, ob es sich um eine alte oder aktuelle Erinnerung handelt, und empfindet so wie zu dem Zeitpunkt, als die Erfahrung fragmentierte. Dementsprechend ist die emotionale Reaktion. Bei einem Trigger handelt es sich um Eindrücke, die einem der »Puzzleteile« gleichen wie Geruch, Geräusch, Berührung etc. und das »Erinnerungspuzzle« aktivieren.

Oft haben Kinder mit Trisomie 21 schon in frühester Kindheit schlimme Erfahrungen machen müssen, sei es durch Geburt, Operation oder andere medizinische Eingriffe. So zeigen traumatisierte Babys schon Flucht- oder Kampfverhalten, indem sie den Kopf wegdrehen (beispielsweise beim Füttern) oder um sich schlagen. Einige Kinder sind auffällig ruhig, dahinter kann ein Erstarrten aus Angst stehen. Häufige Symptome traumatisierter Kinder sind Schlafprobleme, häufiges Schreien, Fütterstörungen, Regulationsstörungen, Trennungängste und vieles mehr.

Bei der I.B.T.* handelt es sich um eine Methode zur Traumaintegration, bei der mit der Bezugsperson – meist Vater und Mutter – und direkt mit dem Kind Trauma-integriert gearbeitet wird.

In der ersten Phase erfolgt die Aufarbeitung des traumatischen Ereignisses mit der Bezugsperson. Dadurch kann die Bezugsperson das Erlebnis für sich selbst gut aufarbeiten und selbst erfahren, wie die Behandlung abläuft.

In der zweiten Phase geht es um das Betrachten der Beziehung bzw. der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind. Dies ist für die Durchführung der letzten Phase sehr wichtig, da die Bezugsperson eine wichtige Ressource darstellt und die nötige Sicherheit gibt.

In der letzten Phase erfolgt die Betrachtung der traumatischen Belastung mit dem Kind und der Bezugsperson. Ziel ist hierbei die Integration der Belastung. In jeder der Bearbeitungsphasen (Phase 1 und Phase 3) wird die betreffende Person (bzw. in der Phase 3 das Kind) zur Aufarbeitung des Erlebten wechselseitig »getappt«. (Beim sogenannten »Tappen« werden die Kniebereiche rechts- und linksseitig in sehr schnellem Wechsel berührt, damit das Gehirn eine wechselseitige Stimulation wahrnimmt. Über diese Rechts-links-Stimulation werden alte, im Erinnerungsnetzwerk des Gehirns abgespeicherte und belastende Informationen aufgearbeitet und sortiert.)

Nachdem das Sprachverstehen im letzten Drittel der Schwangerschaft beginnt, kann diese Behandlung ab der Geburt durchgeführt werden.

Bei meiner Arbeit als Logopädin hat mir die I.B.T.*-Beratung sehr weitergeholfen. So ist häufig ein Arbeiten an den oralen Funktionen oder der Fütterstörung erst nach der Beratung möglich gewesen. Ebenso erhielt ich das Feedback, dass sich Arztbesuche, Termine beim Friseur oder das Schlafverhalten deutlich verbesserten.

»Trauma ist möglicherweise die am meisten angefochtene, ignorierte, verharmloste, verleugnete, missverstandene und nicht behandelte Ursache für menschliches Leiden.«

Peter Levine

(Gefunden im Artikel von Gundula Meyer-Eppler, LmDS 51, Januar 2006, S. 21 ff.)

Zum Vertiefen

Katrin Boger, Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern, Kohlhammer-Verlag 2022.

Vorsprachliche Traumatisierung. Wie können Verbindungen geschaffen und Retraumatisierungen vorgebeugt werden? Ein Beitrag aus der gelebten Praxis, von Karin J. Lebersorger und Monika Hallbauer, in: LmDS 105, S. 44 ff.

»Und was ist mit deiner Mama?« »Die ist nicht mehr da.« Vom Umgang mit Trauer und potenziell traumatischen Erlebnissen in einer behinderten Wirklichkeit, von Jürgen Holländer und Katharina Maria Pongratz, in: LmDS 95, September 2020, S. 50 ff.

Das visuelle Gedächtnis: Stärken und Schwächen, von Dennis McGuire und Brian Chicoine, in: LmDS 57, Januar 2008, S. 10 ff.

Traumatisierungen durch gesundheitliche Komplikationen. Wie kann die Ergotherapie helfen?, von Gundula Meyer-Eppler, LmDS 51, Januar 2006, S. 21 ff.

Die Artikel finden sich in den Printausgaben der *Leben mit Down-Syndrom* (LmDS) und im LmDS-Online-Archiv auf unserer Website.



Silke Deckelnick ist staatlich geprüfte Logopädin und I.B.T.*-Beraterin. Im Januar 2025 machte sie ihren Abschluss zur Traumapädagogin. Seit 1998 ist sie selbstständig als Logopädin tätig und arbeitet fast ausschließlich mit Kindern bis zur Einschulung.

www.logopaedie-in-feucht.de