

Körperpsychotherapeutische Interventionen in der Arbeit mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen

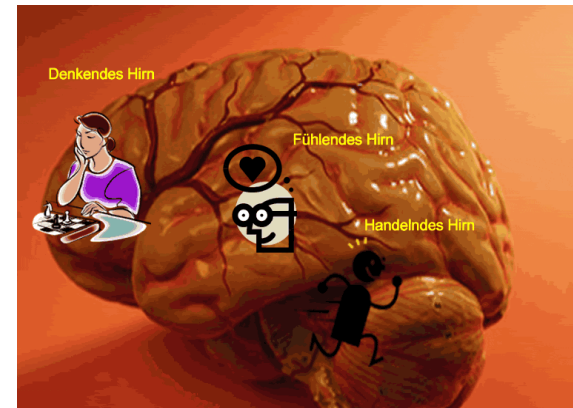
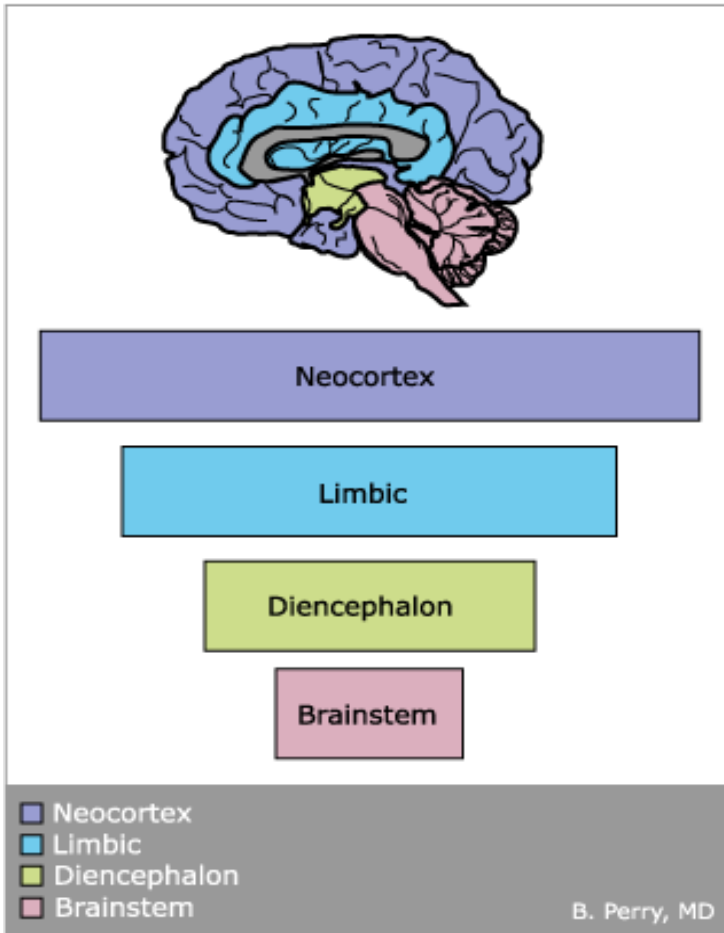
Dipl.-Päd. Anne Schmitter-Boeckelmann
Dachsweg 42
14974 Ludwigsfelde
Tel.: 03378-209900

anne.schmitter-boeckelmann@web.de

**Das Gehirn eines Kindes mit
Bindungstraumatisierung funktioniert anders
als das eines sicher gebundenen Kindes**

Das Gehirn ist hierarchisch organisiert

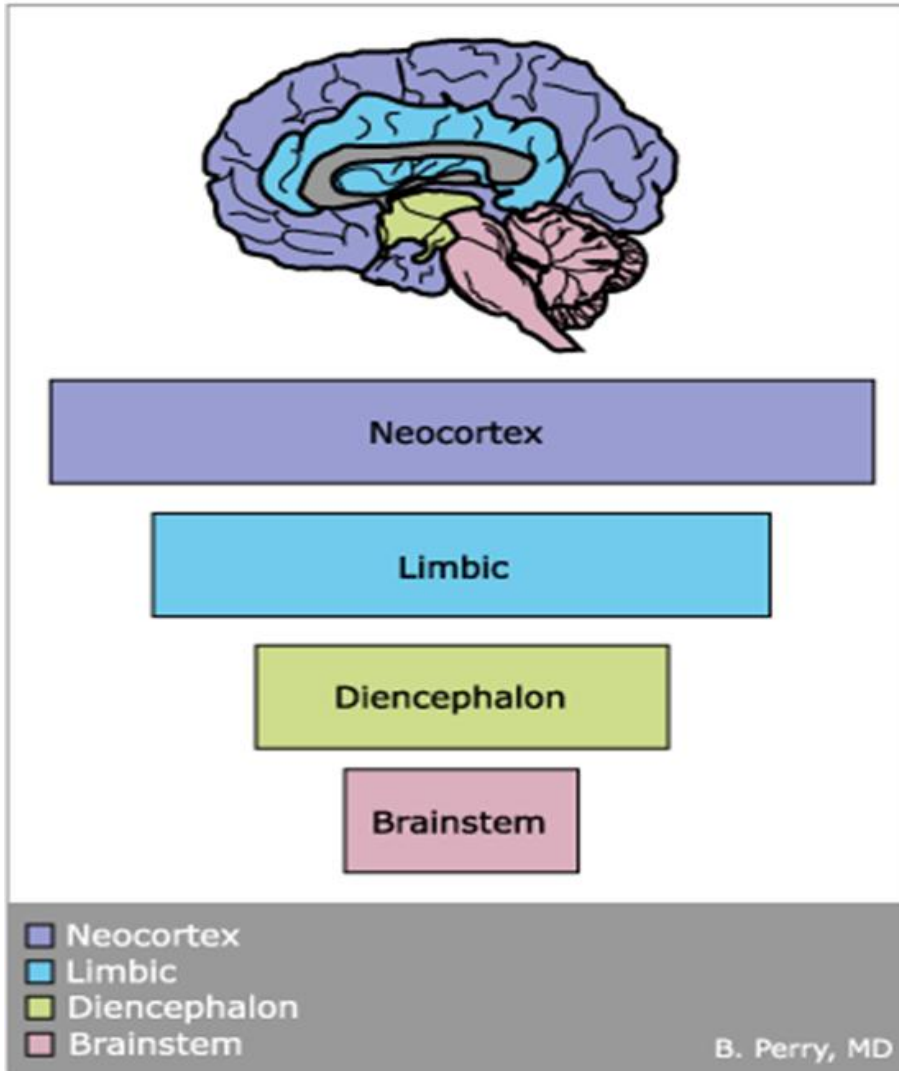
The Human Brain



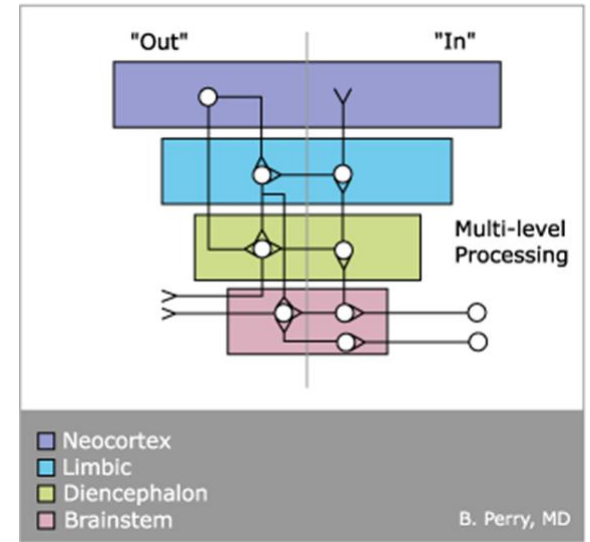
(alle Bilder, siehe Internet)

Hierarchische Struktur des Gehirns

The Human Brain



Sequential Processing



1,6 Jahre – 22 Jahre

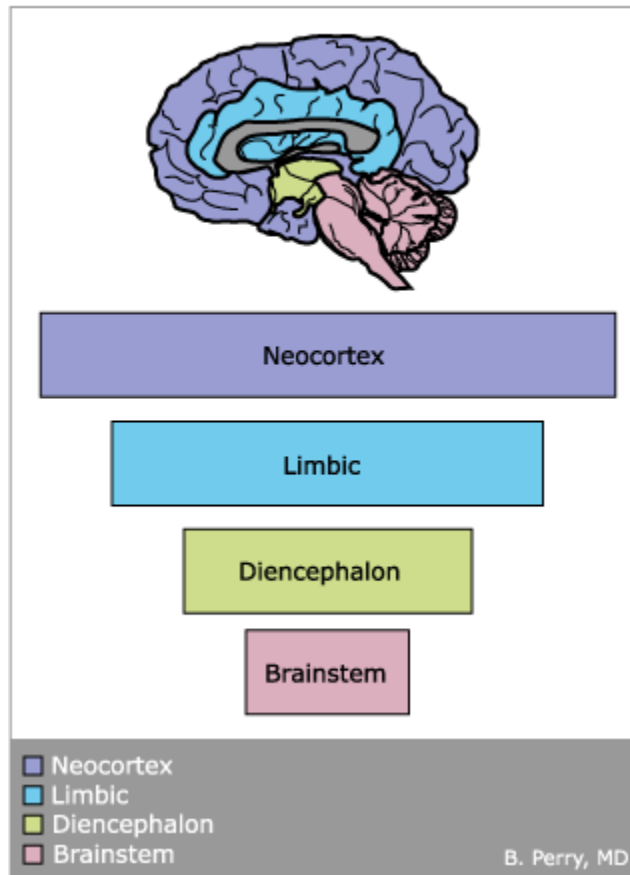
2-3 Mon. – 9.-12. Monat

ersten Monate- ersten Jahre

pränatal -ersten Monate

Auswirkung von Bindungstraumatisierung auf das sich entwickelnde Gehirn

The Human Brain

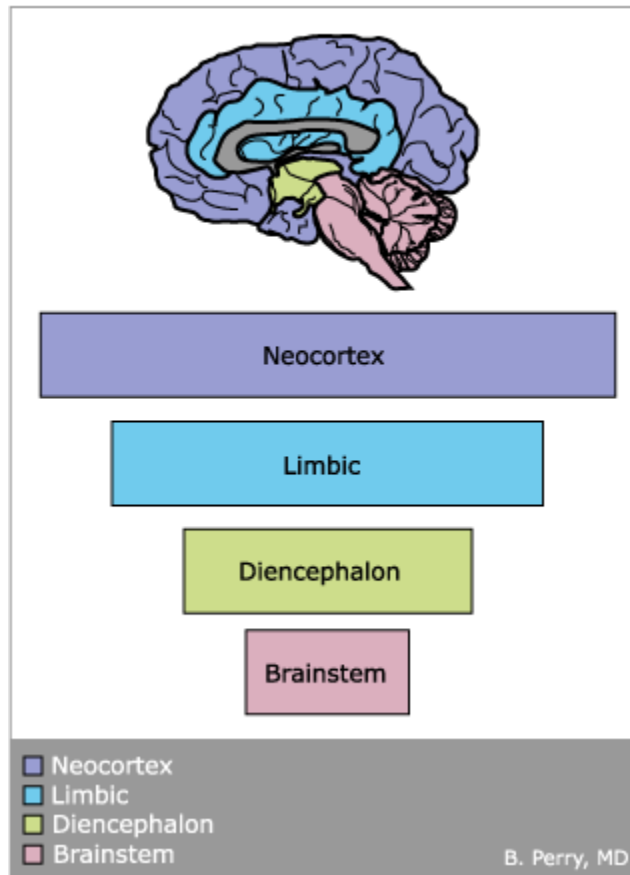


• Stammhirnebene:

- Probleme mit der Körperwahrnehmung:
 - Schmerz
 - Kälte-Wärme
 - Hunger – Fülle
- Erregungsregulierung:
 - Hyperarousal – Hypoarousal
- Probleme mit der Bewegungskoordination
- Feinmotorik nicht ausgeprägt
- Eingefrorener Augenausdruck, starre Mimik.
- Nachahmung, Imitation

Auswirkung von Bindungstraumatisierung auf das sich entwickelnde Gehirns

The Human Brain

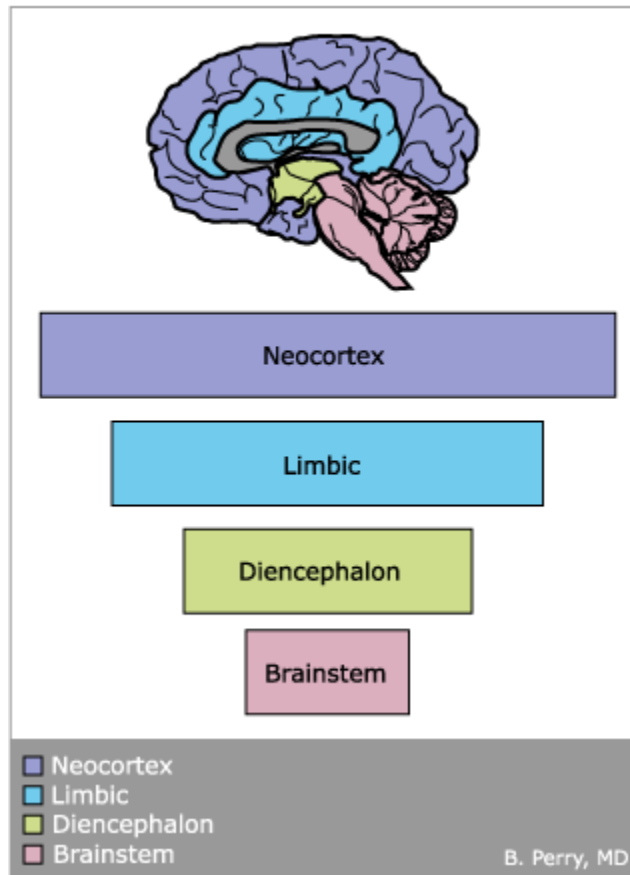


• **Limbische System:**

- Traumaerinnerungen werden fragmentiert abgespeichert als
 - Bilder
 - Gerüche
 - Geräusche
- Frühe bedrohliche Bindungserfahrungen speichern sich fragmentiert im limbischen System
- „aktivierte Amygdala“; d.h. immer auf der Hut sein

Auswirkung von Bindungstraumatisierung auf das sich entwickelnde Gehirn

The Human Brain



• Präfrontaler Cortex:

- Gibt es Störungen auf der Ebene des Stammhirns und des limbischen Systems ist die kortikale Ebene massiv beeinträchtigt.
- Z.B. Sprachzentrum blockiert
- Fähigkeit zum logischen Denken eingeschränkt
- Mentalisierungsfähigkeit nur sehr eingeschränkt vorhanden.

Kinder mit sicheren Bindungserfahrungen

haben eher eine Gehirnorganisation,

die auf Hirnstammebene Ruhe, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit bedeutet.

die emotional Ausgeglichenheit mit sich bringt

die auf kortikaler Ebene sie befähigt zu mentalisieren und intellektuelle Leistungen zu entwickeln

Rechter präfrontaler Cortex:

Verarbeitung der frühen Bindungserfahrungen

stabile innere Arbeitsmodelle über sich selbst und die Anderen

Kinder mit Bindungstraumatisierung

haben eine Gehirnorganisation mit höherer Vulnerabilität für Stress, sind grundsätzlich in Alarmbereitschaft

Emotional: gestörtes Selbstvertrauen, Selbstwert, kippen von einem Affekt in den anderen

Auf kortikaler Ebene:

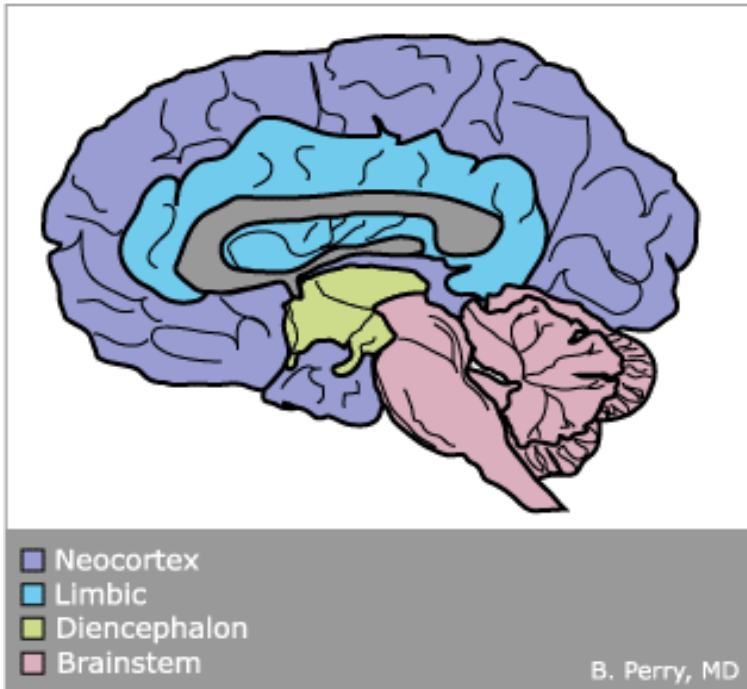
- Mentalisierungsfähigkeit gestört
- Intellektuelle Fähigkeiten oft eingeschränkt

Instabile bis desorganisierte innere Arbeitsmodelle über sich selbst und die Anderen

Perry: „The state becomes a trait“

Stammhirn und körperpsychotherapeutische Interventionen

The Human Brain



Intention

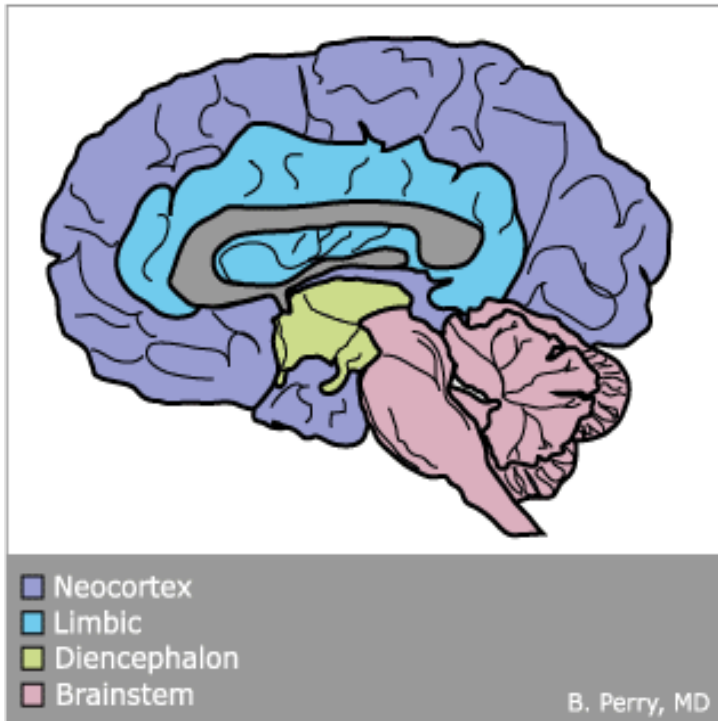
- Körperwahrnehmung
- Verstehen von Körpersignalen und Körpersymptomen
- Beruhigung
- Erregungsregulierung

Körpertherapeutische Interventionen

- Grounding
- Rhythmik
- Atemarbeit: Beruhigung oder Belebung
- Massagetechniken
- Übungen zur Grenzsetzung :
 - Körpergrenzen
 - Kontaktgrenzen

Limbisches System und körperpsychotherapeutische Interventionen

The Human Brain



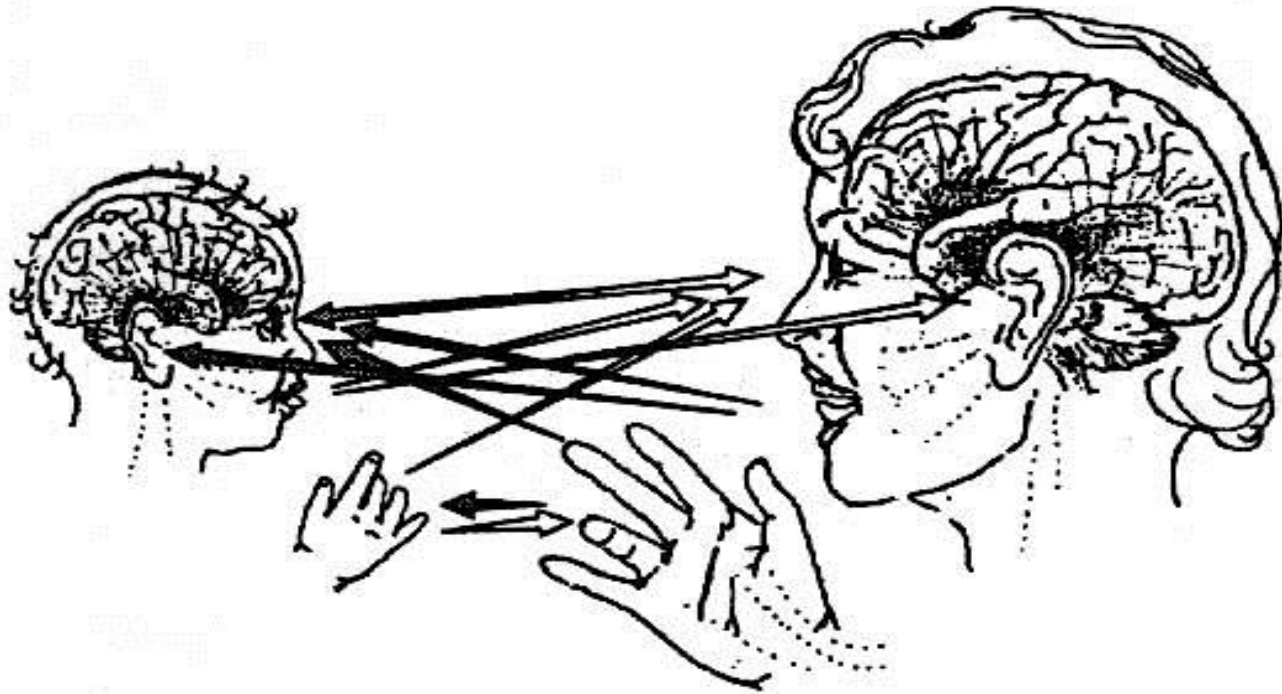
Arbeit mit Kontakt, Beziehung Feinabstimmung, Bindungsspiele mit:

- Interaktion über Augen und Gesicht
- Hautkontakt
- Füttersituationen

Viele frühen Bindungserfahrungen Herstellen

- Erfahrungen von Sicherheit und Willkommensein
- Optimaler arousal:
- .

Frühe Interaktionserfahrungen herstellen um Nachreifung zu ermöglichen



Secure Attachment and Right Brain Development
by [Allan N. Schore, Ph.D.](#)

Fallbeispiel

Nick, zu Therapiebeginn 6 Jahre, heute 10 Jahre alt,
Name aus Datenschutzgründen geändert

Anamnese:

- Psychisch kranke Mutter
- unbekannter Vater
- Viele Bindungsabbrüche
- Auszugehen ist von emotionaler Vernachlässigung, Misshandlung und vermutlich sexuellem Missbrauch

Diagnosen

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Bindungsstörung mit Enthemmung

- Bessel van der Kolk:
Traumaentwicklungsfolgestörung

Therapiesetting: 2 Stunden pro Woche, tiefenpsychologisch fundiert

Symptomatik

Heim, WG:, unruhig,
Schlafstörungen, Alpträume, Enuresis nocturna,
klammernd im Kontakt regellos,

Schule: unkonzentriert, unaufmerksam, oppositionell

Keine Freunde

Im Kontakt zu mir:

Switcht zwischen emotionalen Altern

Switcht zwischen emotionalen Zuständen

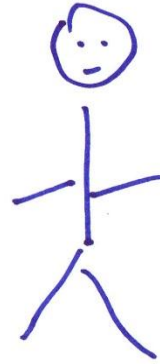
Körperliche Gegenübertragung:

Übererregung in mir als Ausdruck seines inneren Stresslevels

.

1. Phase: Stress ohne Affekt als Ausdruck vom Wiedererleben ganz früher Zustände.
2. Phase: körperlicher Stress gekoppelt mit Affektübertragung von massiver Angst und massiver Aggression

ANP



Angst abgespalten



Bestimmer - Teil



Zerstörer-Teil
2-3 J. alt



Ungemein bedürftige kleine Junge



Baby-Teil



Sexualisierter kleiner Junge
2-3 J. alt



Desorganisierter
Jugendlicher

Sicherheit schaffen durch körperlich haltgebende Interventionen:

- Einsatz von meinem Körper bei Grenzüberschreitung
- Ziel: Affektmodulation (von Kind und Therapeutin) durch:
 - körperlichen Halt,
 - durch Stimme, Tonfall und
 - Benennung der Gefühle

Stabilisierung durch körpertherapeutische Interventionen:

- Grounding gekoppelt mit kindgerechten Imaginationen
- Atemübungen mit Focus auf:
wo in meinem Körper fühlt es sich gut an
- Übungen zur Grenzziehung
- Affektregulierung:
Übungen zur kontrollierten Aggression

Traumabearbeitung in Form einer Erzählgeschichte mit EMDR

Wichtig: guter Anfang und gutes Ende

Dazwischen Einbettung seiner Trauma - Erfahrungen,

Seiner negativen Selbsteinschätzung,

Seiner Emotionen

Wichtig dabei körperlicher Halt durch Bindungsperson:

Nick fest im Arm seiner Bezugserzieherin,

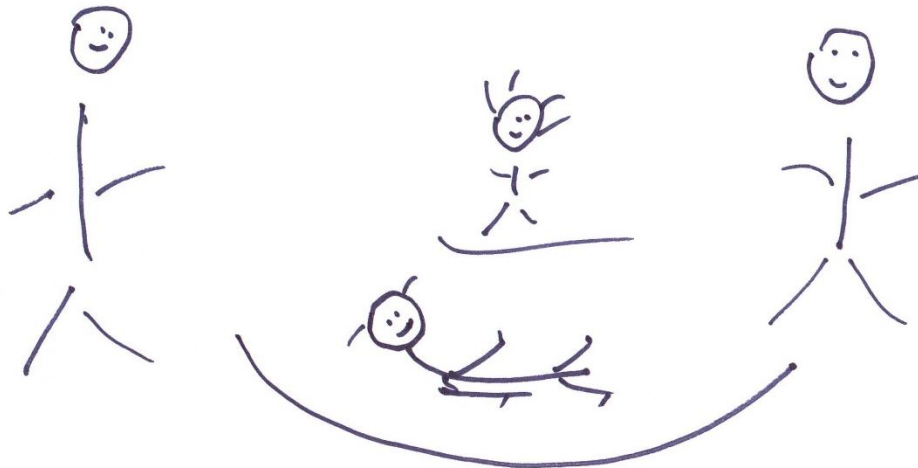
Mit ihr in der Hängematte

Hängematte (sein sicherer Ort im Therapieraum)

Arbeit mit dem „kleinen Justin“

Ziel:

neue emotionale Erfahrungen anbieten, dadurch Wachstum und erste Integration des „baby-state“ in die Gesamtpersönlichkeit



Therapeutin, Bezugserzieherin und „Nick von heute“ kümmern sich um „Baby- Nick“.

Bindungsarbeit mit Bezugserzieherin und Justin

Feinabstimmung, Bindungsspiele mit:

- Interaktion über Augen und Gesicht
- Hautkontakt
- Füttersituationen



Erfahrungen von Sicherheit und Willkommen sein
Optimalen arousal und Spaß/Freude an der Begegnung
Erfahrungen von Wirksamkeit

Stand im Therapieprozess:

Deutliche Beruhigung in allen Bereichen:

- Nick hat kaum noch Alpträume, keine Enuresis nocturna mehr
- Ist gut integriert in die WG
- Bekommt positives Feedback aus der Schule
- ein gutes Zeugnis
- Kinder fangen an gerne mit ihm zu spielen
- In der Therapie mit mir kann er mittlerweile Gefühlszustände und Wünsche benennen und auch ein „nein“ aushalten.
- Im Spiel ist er deutlich mehr auf mich bezogen.

Spezielle Quellen und Literaturhinweise

Neben meinen Ausbildungen in Körperpsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Therapie und analytischer Eltern-Säugling-Kleinkindtherapie, spezielle Psychotraumatherapie und EMDR haben mich insbesondere folgende Quellen aus der letzten Zeit inspiriert in meiner Arbeit mit Nick:

- Online Fortbildung bei der ISSTD, 2010: Trauma and Dissociation in Children and Adolescents
- Peter A. Levine, Susan Hart, Marianne Bentzen, Neuroaffektive Entwicklungspsychologie. 3. Zürcher Traumata Tage, Juni 2010. Auditorium Netzwerk (DVD)
- Booth, Lender, Lindaman, An Introduction to Theraplay. The Theraplay Institute, Wilmette (2009)

Für KollegInnen, die der hier vorgestellte Ansatz interessiert:

Ich werde im Herbst 2013 in Berlin in Kooperation mit der ISSTD (International Society For The Study Of Trauma And Dissociation) eine Fortbildung über 2 Wochenenden

anbieten zum Thema:

Therapeutische Arbeit mit Komplextrauma und Dissoziation bei Kindern und Jugendlichen

Der Vortrag kann ausführlicher nachgelesen werden im neu erscheinenden Buch: Thielen, M. (Hg.) 2013: Körper – Gruppe – Gesellschaft. Gießen (PsychosozialVerlag).