

Vorwort

Die Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern, kurz I.B.T., ist eine Methode, die ich selbst in meiner praktischen Arbeit entwickelt habe. Ich bin von Grundberuf Diplompädagogin mit verschiedensten Erfahrungen im Bereich der Jugendhilfe und Schulsozialarbeit. Nach meiner Approbation zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie bildete ich mich in verschiedensten Bereichen weiter. So besuchte ich die Seminare bei Karl-Heinz Brisch zur bindungsbasierten Psychotherapie, bildete mich in den Bereichen Entspannungsverfahren, Hypnotherapie, systemische Familienarbeit sowie Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP) nach Michael Bohne weiter. Ich erwarb die weitere Fachkunde in Tiefenpsychologie, kam schließlich in der speziellen Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche an, die mir von Thomas Hensel vermittelt wurde, und fand in dieser Arbeit mein Herz. Ich war fasziniert, wie schnell und effektiv das *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) wirkt. Ich hörte begeistert Ellert Nijenhuis Gedanken zur Enaktiven Traumatherapie zu. Ich interessierte mich für die Ideen von Peter Levine zum *Somatic Experiencing* und lauschte Stephen Porges und Bessel van der Kolk.

Mit dieser theoretischen und praktischen Grundlage bin ich nun in der psychotherapeutischen Arbeit in meiner niedergelassenen Praxis auf traumatisierte Säuglinge getroffen. Ich sah deren Leid und die Hilflosigkeit der Bezugspersonen und wusste, irgendetwas muss ich tun – so kann ich die Familie nicht gehen lassen. Ich folgte meiner Intuition und meinem reichen Wissensschatz und versuchte mich Schritt für Schritt in der Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern. Ich las mich in Bereiche der Gehirnforschung ein, suchte Studien, Vorträge und Bücher über pränatale Psychologie, frühe Traumata und deren Folgen und interessierte mich auch dafür, wie andere Kolleg*innen¹ bereits therapeutisch mit dieser Altersgruppe arbeiten. Ich stellte Hypothesen auf, die sich teilweise bestätigten, teilweise wieder verworfen werden mussten. Ich tauschte mich mit verschiedenen Kolleg*innen aus den unterschiedlichsten Bereichen über meine Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern aus. Über mehrere Jahre differenzierte sich diese Arbeit immer weiter aus. Verschiedenste Elemente und Kenntnisse aus den unterschiedlichsten therapeutischen Richtungen, die ich mir über die Jahrzehnte angeeignet hatte, prägten diese Arbeit. Sie standen nicht im

1 An dieser Stelle möchte ich noch eine Bemerkung zum Sprachgebrauch vorwegnehmen. Ich verwende die Schreibweise mit dem sogenannten Gendersternchen und schließe dabei jegliches Geschlecht mit ein.

Widerspruch zueinander, sondern begannen, sich wunderbar zu ergänzen und ein Muster zu ergeben. Aus diesem Grund kann ich nicht sagen, dass ich rein verhaltenstherapeutisch mit den Säuglingen und deren Familien arbeite oder ausschließlich tiefenpsychologisch oder nach irgendeiner Reinform der spezifischen Methoden der Psychotraumatologie. Die I.B.T.-Methode ist ein integrativer Ansatz und beinhaltet die verschiedensten Aspekte aus unterschiedlichen therapeutischen Richtungen, die sich über viele Jahre entwickelt und bewährt haben. Therapeut*innen mit den unterschiedlichsten Schwerpunkten werden in ihnen bekannte Elemente, aber auch neue Aspekte der Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern entdecken können. Ursprünglich war diese Arbeit für die Traumatherapie von Säuglingen und Kleinkindern konzipiert. Mittlerweile wende ich sie aber auch leicht angepasst erfolgreich bei älteren Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an.

Im Folgenden werde ich, nach einer Einführung in die psychotraumatologischen Grundlagen und Erkenntnisse der Gehirnforschung, der pränatalen Psychologie und der Entstehung und Folgen früher Traumata, die drei Phasen der I.B.T.-Methode vorstellen. Die drei Phasen der I.B.T.-Methode folgen aufeinander und bedingen sich gegenseitig. Es hat sich als ungünstig erwiesen, mit Phase 3 zu beginnen und später Phase 1 und 2 nachzuholen. Auch wenn der therapeutische Handlungsdruck manchmal noch so hoch ist, ist es aus meiner Erfahrung nicht hilfreich, direkt mit Phase 3 zu beginnen. Entschleunigtes, reflektiertes und sich an den drei Phasen orientiertes Arbeiten hat sich in der I.B.T.-Methode über Jahre hinweg bewährt und soll den Therapeut*innen bei ihrer traumatherapeutischen Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern Hilfestellung und Orientierung geben.

Dass in den aufgeführten Fallbeispielen als Hauptbezugsperson in der Regel von den Müttern gesprochen wird, soll bitte ebenfalls nicht als Diskriminierung der ebenso bedeutsamen Väter gesehen werden. Leider ist es in der Praxis so, dass in der Regel die Mütter Therapien für ihre Kinder organisieren und diese auch begleiten. Väter in den therapeutischen Prozess, gerade im Bereich der Traumatherapie, mit einzubeziehen, ist eindeutig erwünscht und wird auch als notwendig betrachtet. Dennoch erweist sich dies in der Praxis häufig aus verschiedensten Gründen als sehr schwierig – was uns als Therapeut*innen jedoch nicht daran hindern sollte, die Väter immer wieder in die Pflicht zu nehmen und in den therapeutischen Prozess einzuladen.