Craniosacrale Osteopathie zur Unterstützung von Bonding

Diplomarbeit

Brigitte Bernhard Schwalm, Talackerstrasse 43 F, 3604 Thun

eingereicht bei Rudolf Merkel, Obfelden, April 2011

Schule für Craniosacrale Osteopathie

Inhaltsverzeichnis

0 ZUSAMMENFASSUNG 2

1 EINLEITUNG 3

1.1 THEMA 3
1.2 THEORETISCHE UND PRAKTISCHE RELEVANZ 3
1.3 PERSÖNLICHER BEZUG ZUM THEMA 3

2 FRAGESTELLUNG 3

3 METHODE 3

4 GRUNDLAGEN 4

4.1 BONDING 4
4.1.1 DEFINITIONEN 4
4.1.2 MERKMALE DER BINDUNGSQUALITÄT 4
4.2 RESSOURCEN VON MUTTER UND KIND 6
4.2.1 DIE KOMPETENZEN DES KINDES 6
4.2.2 DIE KOMPETENZEN DER MUTTER 7
4.3 SIGNALE DES BABYS SEHEN UND VERSTEHEN 7
4.3.1 BEWUSSTSEINSZUSTÄNDE DES BABYS 7
4.4 PHYSIOLOGIE DES BONDING 8
4.4.1 BEZIEHUNGSAUFBAU IN DER SCHWANGERSCHAFT 8
4.4.2 BONDING NACH DER GEBURT 9
4.5 BEEINTRÄCHTIGUNGEN DES BONDINGS 10
4.5.1 AUSWIRKUNGEN VON MEDIKAMENTEN 10
4.5.2 AUSWIRKUNGEN VON PDA 12
4.5.3 DEPRESSION DER MUTTER 17
4.5.4 WEITERE STÖRFAKTOREN 18
4.6 BONDING FÖRDERN 20

5 UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN BEI MUTTER UND KIND 22

5.1 CSO 22
5.2 BIOENERGETIK AM FUß 24
5.3 EMOTIONELLE ERSTE HILFE (EEH) 25

6 ERGEBNISSE 29

6.1 „BONDING - APGAR“ ANHAND VON VERHALTENSWEISEN BEIM KIND 32
6.2 AUSWERTUNG DER IM KAPITEL 4.5 BESCHRIEBENEN FALLBEISPIELE, ANHAND VOM BONDING-APGAR 33

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN 35

8 LITERATURVERZEICHNIS 36

9 ANHANG 37

9.1 STARK DURCH BEZIEHUNG 37
9.2 MUTTER-KINDHEILBAD NACH BRIGITTE MEISSNER 38
9.3 GLOSSAR 39

0 Zusammenfassung

Fragestellung

Es stellen sich zwei zentrale Fragen:

- Welche Behandlungsmöglichkeiten bietet die CSO bei erschwertem oder fehlendem Bonding nach der Geburt?
- Wie kann ich die Wirksamkeit der Behandlung überprüfen?

Methode

Als Methode wähle ich Literaturarbeit und setzte sie in Beziehung zu meinen Erfahrungen in der Praxis.
Die Literatur bezieht sich auf die Bearbeitung der Kursunterlagen der Craniosacralen Osteopathie Ausbildung und der im Kapitel 4 erarbeiteten Grundlagen zum Thema Bonding sowie den Kurs bei Thomas Harms über Emotionelle Erste Hilfe. Die eigene Erfahrung bringe ich einerseits aus meiner langjährigen Hebammentätigkeit und andererseits aus meiner Praxis für Körpertherapie, Schwangerschaft und Geburt mit.

Ergebnis

Craniosacrale Osteopathie eignet sich gut entweder für die Behandlung von Mutter oder Kind. Indirekt kann so das Bonding unterstützt werden, indem die Mutter oder das Kind entspannter, gestärkt und bindungsbereiter werden.
Besteht jedoch eine ausgeprägte Bindungsstörung, braucht es aus meiner Sicht zusätzlich noch andere Unterstützungsmassnahmen. Ich bin überzeugt, dass die Emotionelle erste Hilfe und bioenergetischen Fussbehandlung sinnvoll ergänzende Möglichkeiten zur CSO bei der Unterstützung von Bonding sind.
Im Theorieteil meiner Diplomarbeit habe ich mich mit den Bewusstseinszuständen und Signalen von Babys beschäftigt. Dies brachte mich auf die Idee, ein „Instrument“ zu erstellen, das mir die Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlungen erleichtert. Um meine Beobachtung und Wahrnehmung weiter zu stärken und zu verfeinern, entwickelte ich einen Bonding-APGAR, den ich in meiner Praxis anwenden kann.

Erklärung

Die Daten in den Fallbeispielen sind vollständig anonymisiert und die Namen der Kinder geändert.
Ich bestätige, dass alle verwendeten Quellen im Literaturverzeichnis aufgeführt sind.

1 Einleitung

1.1 Thema

Das Ziel meiner Diplomarbeit ist das Bonding von Mutter und Kind nach der Geburt zu fördern. Welche Behandlungsmöglichkeiten bietet die Craniosacrale Osteopathie zur Förderung von Bonding? Als Arbeitsinstrument für meine Praxistätigkeit möchte ich dazu ein APGAR- Bondingblatt erstellen.

1.2 Theoretische und praktische Relevanz

Jedes dritte Kind kommt heutzutage in der Schweiz per Sectio auf die Welt (Schweizerischer Hebammenverband, 2009). Die Tendenz, ein Kind per Sectio auf die Welt zu bringen, wird auch in Zukunft weiter zunehmen. Eine Geburt per Sectio stört den natürlichen Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind. In meine Praxis kommen meist Frauen nach Sectio, PDA oder Geburtskomplikationen die eine Narkose erforderten.

1.3 Persönlicher Bezug zum Thema

Als Hebamme bin ich davon überzeugt, dass Bonding den Entwicklungsprozess für Beziehungen einleitet. Meine Aufgabe sehe ich darin, Bonding zu fördern, nachzuholen wenn es nicht stattfinden konnte und Hindernisse nach Möglichkeit abzubauen, die dem Bonding im Weg stehen.

2 Fragestellung

Aufgrund der Einleitung ergeben sich für mich folgende Fragestellungen für die Arbeit:

- Welche Behandlungsmöglichkeiten bietet die CSO bei erschwertem oder fehlendem Bonding nach der Geburt?
- Wie kann ich die Wirksamkeit der Behandlung überprüfen?

3 Methode

Als Methode wähle ich Literaturarbeit und setzte sie in Beziehung zu meinen Erfahrungen in der Praxis.

4 Grundlagen

4.1 Bonding

Bonding ist ein Prozess und kein isoliertes Ereignis. Es wird beeinflusst von der eigenen Erziehung der Eltern und ihren Erlebnissen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und den ersten Lebensmonaten des Kindes. Die innere Bindung der Eltern an ihr Kind ist biologisch gesehen die wichtigste und stärkste Bindung, die ein Mensch eingeht. Das Überleben des menschlichen Neugeborenen, das noch nicht für sich selbst sorgen kann, hängt existenziell vom Gelingen dieser Beziehung ab. Die Verbundenheit der Eltern mit ihrem Kind ist so stark, dass sie dazu fähig sind, all die Opfer zu bringen, die für die Versorgung ihres Kindes notwendig sind: Sie nehmen es jederzeit hoch, wenn es weint, geben ihm mitten in der Nacht zu essen, auch wenn sie selbst unter Schlafmangel leiden. (Lang, 2009)

4.1.1 Definitionen

Bonding: Gefühlsverbindung der Mutter mit dem Kind
Attachment: Gefühlsverbundenheit des Kindes mit seinen Eltern. Körperliche und seelische Bindung des Kindes an die Bezugspersonen.
Bonding: Eine Beziehung zwischen zwei Menschen, die einzigartig, spezifisch und von langer Dauer ist. (Käppeli, 2009)

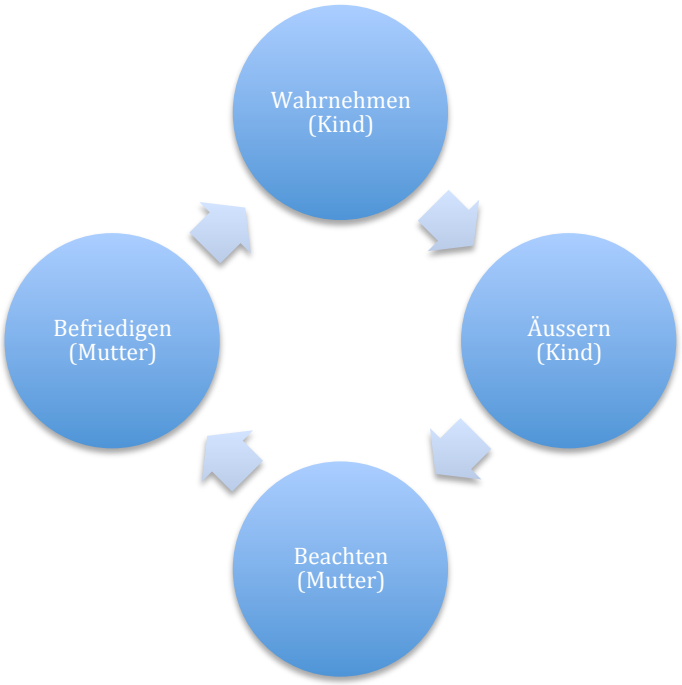
4.1.2 Merkmale der Bindungsqualität

Eine sichere Bindung gilt als Vorläufer von späteren flexiblen und kompetenten Bewältigungsstrategien und einer positiven Selbstentwicklung. In den ersten Monaten lernt ein Baby sich selbst, seine Bezugsperson und seine Umwelt kennen. Es erfährt zum Beispiel, wenn es ruft oder weint, komme seine Mutter/Vater, schaut nach, nimmt es bei Bedarf hoch, tröstet es und hilft ihm, sein Bedürfnis zu stillen. Das Kind erfährt, dass sein eigenes, spezifisches Verhalten Auswirkungen auf seine Umwelt hat und dass es mit seinem Verhalten auf eine spezifische Art und Weise die Situation beeinflussen kann. Durch diese Selbstwirksamkeit erlebt es seine Fähigkeit, Wünsche zu äussern und eigene Ziele zu erreichen, die Aufgaben zu bewältigen und ggf. bei Schwierigkeiten durchzuhalten oder auf die Hilfe anderer zu vertrauen. Zweitens lernt es gleichzeitig etwas über seine Bezugsperson und die Umwelt. Es lernt, dass seine Eltern zuverlässig auf sein Signal „Schreien“ reagieren und ihm in seiner Erregung

helfen. Für das Kind werden seine Eltern verlässliche und liebevolle Partner, zu denen es Vertrauen hat.
Die Qualität der Mutter-Vater-Kind-Beziehung hat sowohl Einfluss auf die emotionale Befindlichkeit und Entwicklung des Kindes als auch auf seine kognitive und soziale Entwicklung. Sie hängt u.a. von einigen Merkmalen der elterlichen Kompetenzen ab, z.B. Empathiefähigkeit, der Fähigkeit der Reflexion, der Akzeptanz der elterlichen Rolle und der Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind. Dem Konzept und der Qualität der elterlichen Feinfühligkeit wird dabei eine besondere Bedeutung für den Aufbau der kindlichen Bindung zugesprochen. Eine feinfühlige Bezugsperson nimmt die Signale des Kindes wahr, interpretiert sie richtig und kann angemessen und prompt darauf reagieren (Derksen, Lohmann, 2009).
Man geht davon aus, dass es nebst dem sicher gebundenen Bindungsstil (60%) noch andere Bindungstypen gibt: den unsicher- ambivalenter Bindungsstil (15%), den unsicher- vermeidender Bindungsstil (15%) und den desorganisierter Bindungsstil (10%).
Die Folgen von gelungenem Bonding sind zugleich Indikatoren für eine gute Mutter-Kind-Beziehung. Mütter, denen der Aufbau einer solchen Beziehung gelungen ist, haben das Gefühl, ihre Kinder gut zu verstehen, geniessen das Stillen und Kuscheln mit ihrem Kind, reden viel mit ihrem Kind, finden ihr eigenes Kind hübscher als andere Kinder, sind zufrieden mit ihrem Kind und fühlen sich ihrem Kind nah.
Die Auswirkungen von nicht gelungenem Bonding sind ähnlich weitreichend wie die des gelungenen Beziehungsaufbaus. Nicht gelungenes Bonding erhöht die Wahrscheinlichkeit von Kindesvernachlässigung, Kindesmissbrauch oder Aussetzen des Kindes deutlich. Intervention ist bei misslungenen Bindungsbeziehungen zwar möglich und kann auch erfolgreich sein. Sie muss aber bei den Eltern ansetzen und ihre Verhaltensweisen ändern.
Frühe und präventive Förderung der Eltern-Kind-Beziehung durch professionelle Beraterinnen hat sich weltweit als erfolgreich erwiesen: Beziehungsorientierte Interventionen führen zu einem sensitiveren Verhalten der Mütter gegenüber ihren Kindern und beeinflussen so die Entwicklung von sicherer Bindung (Lang, 2009) .

4.2 Ressourcen von Mutter und Kind

Der Bedürfniskreislauf (Käppeli, 2009)



4.2.1 Die Kompetenzen des Kindes

Forschungsergebnisse von Neurobiologen, Verhaltensbiologen, Psychologen und Stressforschern zeichnen ein immer genaueres Bild von der psychischen Entwicklung, die ein Kind bereits im Mutterleib durchläuft. (Lang, 2009)

Die Entwicklung der fetalen Sinneswahrnehmung im Überblick:

- Der Tast-und Fühlsinn beginnt sich als erster Sinn zu entwickeln, dies geschieht bereits in der 8. Schwangerschaftswoche
- Die Zunge mit den Geschmacksknospen entsteht im zweiten Schwangerschaftsmonat. Ab dem dritten Monat sind Saug-und Schluckbewegungen zu sehen und das Ungeborene nimmt den Geschmack des Fruchtwassers wahr. Es zieht die süsse Geschmacksrichtung vor.
- Ab der 25. Woche kann das Baby Stimmen hören und unterscheiden.
- Ab der 28. Woche kann das Kind riechen.
- Augenbewegungen sind ab der 20. Woche sichtbar, die Augenlider sind aber noch verklebt und öffnen sich erst um die 30. Schwangerschaftswoche (Holin, 2011)

4.2.2 Die Kompetenzen der Mutter

Das angeborene Elternprogramm setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Das Kinderschema ist ein Trick der Natur: durch bestimmte Merkmale im Aussehen von Babys wird ein Beschützer-und Bemutterungsverhalten bei Erwachsenen hervorgerufen.
2. Intuitive Fähigkeiten: Eltern halten ihr Kind meist in einem Abstand von 22 bis 25 cm von ihrem Gesicht entfernt, wenn sie mit ihm kommunizieren. Dies entspricht dem Abstand, in dem das Baby am schärfsten sieht. Sie reagieren auf Signale vom Kind in einer Zeitspanne zwischen 0,2 und 0,4 Sekunden. Diese Zeit benötigt das Baby, um einen Zusammenhang zwischen seinen Signalen und der Reaktion der Eltern herzustellen. Erwachsene sprechen im Baby-Talk, sie sprechen langsamer und mit erhöhter Stimmlage.
3. Resonanzphänomen: Dies beschreibt die Fähigkeit von Eltern, sich in ihre Kinder hineinzuversetzen. Sie spüren in ihrem Körper, wie es ihrem Kind gerade geht und was es braucht. Dies erhöht die Bereitschaft, diese Bedürfnisse prompt zu befriedigen. Die wissenschaftliche Erklärung dafür sind die Spiegelneurone. Das Resonanzphänomen beruht durchaus auf Gegenseitigkeit. (Lang, 2009)

4.3 Signale des Babys sehen und verstehen

Damit Eltern auf ihr Neugeborenes gut eingehen können, müssen sie wissen, welche Verhaltens- oder Bewusstseinszustände für Neugeborene charakteristisch sind. Die Reaktionen eines Neugeborenen werden meist mit dem Hintergrund der Bewusstseinszustände verständlich.

4.3.1 Bewusstseinszustände des Babys

Die Definition der Bewusstseinszustände bezieht sich auf den Ansprechbarkeits- oder Wachheitsgrad des Neugeborenen. Die Zustände reichen von

1. Tiefem Schlaf (Zustand 1)
2. Leichtem Schlaf (Zustand 2)
3. Halbbewusstem Verhalten (Zustand 3)
4. Aufmerksamen Verhalten (Zustand 4)
5. Unruhe (Zustand 5)
6. Schreien (Zustand 6)

Im Zustand des Tiefschlafs und des Schreiens ist das Kind nicht kommunikativ ansprechbar. In jedem der sechs Zustände verhält sich das Kind anders, es reagiert auf unterschiedliche Weise und zeigt unterschiedliche Bedürfnisse. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung.
Wenn Neugeborene ihre Verhaltenszustände selbst oder mit Hilfe der Eltern stabilisieren und entwickeln, lernen sie, die Erregung zu steuern und ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren. Eine erste Aufgabe der Eltern besteht darin, die Bewusstseinszustände ihres Kindes zu erkennen und entsprechend darauf einzugehen. (Derksen, Lohmann, 2009)

4.4 Physiologie des Bonding

4.4.1 Beziehungsaufbau in der Schwangerschaft

Beziehungsaufbau, da sind sich verschiedene Autoren einig, beginnt schon während der Schwangerschaft. Christine Lang berichtet in ihrem Buch über eine Untersuchung, die belegen soll, dass ein Drittel aller Mütter ihrem Kind negativ gegenüberstehen, auch nach erwünschten und geplanten Schwangerschaften. Und zwar würde der Gedanke ans Kind zunächst ausgeblendet, da das Erleben der eigenen Fruchtbarkeit im Vordergrund steht. Dieses Stadium beinhaltet laut Lange die Entwicklungsaufgabe, den Fötus in sich behalten zu können, der nicht nur eigene, sondern auch Anteile des Partners repräsentiert. In der zweiten Phase, die bis zu den ersten wahrgenommenen Kindsbewegungen dauert, führen die meisten Mütter eine innere Zwiesprache mit dem imaginierten Kind. Es ist eine Zeit der ungestörten Projektionen auf das idealisierte Phantasiekind ohne Realitätsprüfung. Ab dem Zeitpunkt der ersten wahrnehmbaren Kindsbewegungen tritt das reale, biologische Kind zum ersten Mal in Erscheinung und wird von der Mutter als eigenständiges Wesen erlebbar. Jetzt gilt es, sich vom idealisierten Phantasiekind zu verabschieden und in einen inneren Dialog mit dem realen Kind zu treten. (Lange 2009)
Vielleicht helfen da die positiven Elternbotschaften wie sie von Käppeli und Holin beschrieben werden:

- Ich will für dich da sein, wenn du mich brauchst
- Ich liebe dich, auch wenn du anders bist
- Ich warte auf dich und freue mich
- Ich kümmere mich um dich und sorge gut für mich
- Du kannst mir vertrauen. Ich stehe zu dir

- Ich fühle mich besonders, wenn ich dich spüre
- Du brauchst keine Angst zu haben, wir schaffen es
- Du kannst dich bei mir sicher fühlen
- Du brauchst dich nicht um mich zu sorgen

4.4.2 Bonding nach der Geburt

Einem physiologischen Bonding geht idealerweise eine natürliche Geburt ohne Medikamente und medizinische Interventionen voraus. Dann sind Mutter und Kind durch die Ausschüttung der an der Geburt beteiligten Hormone, vor allem Oxytocin und Beta-Endorphin, in einem hormonellen Zustand, der das physiologische Bonding bestmöglich unterstützt. In diesem Zustand nimmt die Mutter sehr wahrscheinlich eine aufrechte Gebärhaltung ein, wie zum Beispiel die hockende Position oder den Vierfüsslerstand. Aus diesen Positionen ist sie sehr gut in der Lage, ihr Kind selbst aufzunehmen und an sich zu nehmen. Dies geschieht nach einem kurzen Moment des Innehaltens und Ausruhens, der sehr wichtig ist, da sich die Mutter am Ende der Geburt ganz nach innen konzentriert hat und ihre Aufmerksamkeit nun wieder nach außen zu ihrem Kind hin orientiert.
Die ersten Berührungen des Kindes folgen meist einem typischen Muster: Zuerst berührt die Mutter mit den Fingerspitzen die Arme und Beine des Kindes, dann streichelt sie es mit der ganzen Hand, und zuletzt traut sie sich, das Köpfchen zu berühren.
Wenn Augenkontakt und Zweisamkeit nicht durch andere gestört werden, kann das erste Saugen des Kindes in der ersten Stunde nach der Geburt stattfinden. Dies hilft bei der Plazentalösung und reduziert das Blutungsrisiko auf ein Minimum.
Eltern reagieren besser intuitiv auf ihr Kind, wenn sie sich nicht beobachtet fühlen. Daher stärkt die Zeit, die sie mit dem Kind allein verbringen, das Bonding. (Lang, 2009)

Bonding hilf dem Kind, Emotionen zu regulieren, mit Stress umzugehen, lebenslange Beziehungen zu knüpfen und die Aufmerksamkeit zu vertiefen. (Käppeli, 2009)
Er teilt das Bonding nach der Geburt in folgende Zeitabschnitte mit den zugehörigen Wachstumsthemen ein:

1. Geburt bis 3. Monat: Körperliches Wachsen.
   In dieser Zeit ist Körperkontakt mit der Mutter wichtig.

2. 3. bis 9. Monat: Emotionelles Wachsen.
   Hier haben die Spiegelneuronen eine wichtige Bedeutung.
3. 9. bis 18. Monat: Soziales Wachsen.
   Soziales Zentrum im rechten Stirnlappen, Lernen, Anpassung an veränderte Situationen und Regulieren physiologischer Funktionen
4. ab 18. Monat: Kognitives Wachsen

4.5 Beeinträchtigungen des Bondings

4.5.1 Auswirkungen von Medikamenten

Die am häufigsten während der Geburt verabreichten Opioide, passieren die Plazentaschranke und führen daher beim Kind schnell zu therapeutischen Spiegeln, die mit einer relevanten Atemdepression einhergehen. Bei der Mutter führen sie zu erheblicher Sedierung, ohne analgetische Wirkung. Studien belegen, dass die Beeinträchtigung des Saugverhaltens direkt proportional zur Opiatkonzentration im kindlichen Blut war.
Aufgrund der schlechten Wirksamkeit und der beträchtlichen Nebenwirkungen sollten Opioide in der Geburtshilfe nur noch eingesetzt werden, wenn eine PDA nicht möglich ist. (Lang, 2009)

Fallbeispiel 1: 27Jährige, 1. Para 1. Gravida, PDA, sekundäre Sectio in Vollnarkose, erfolgloses Stillen, Behandlungsgrund war Schiefhals beim Kind

28.12.2010
Hausbesuch, die Eltern erzählen mir den Geburts- Schwangerschafts- und Wochenbettverlauf. Die Geburt war geprägt von Komplikationen und wurde als lebensbedrohlich erlebt. Nur knapp musste die Gebärmutter nicht entfernt werden wegen starker Nachblutung. Luca musste primär beatmet werden nach der Geburt. Sein Geburtsgewicht war 4470g und heute ist er elf Wochen alt. Er sei oft unruhig und weine, sei schwierig zu beruhigen und schlafe nur mit Hilfe von Schaukeln ein.
Luca war während dem Gespräch dabei und wurde abwechselnd vom Vater und von der Mutter betreut. Ich habe ihn nur kurz behandelt, in Rückenlage war es ihm nicht wohl. Am besten ging es ihm in den Armen seiner Mutter, da hat er meine Berührung am Hinterkopf zugelassen. Auffallend war die Kopfseitneigung nach rechts. Die Berührung in Nacken- und Atlasgegend mochte er nicht, er hat angefangen zu

weinen. Ich habe nach dem Erstgespräch das Babyheilbad empfohlen, zum Nachholen und Stärken vom Bonding, das nach der Geburt nicht stattfinden konnte.

11.1.2011
Haben Babyheilbad 2x gemacht, seither schläft Luca besser.
Gestern Kinderarzttermin, war 7,3 kg (pro Monat 1 kg zugenommen) darf nicht mehr Schoppen zusätzlich bekommen.
Kam schlafend in die Praxis und hat nach dem Aufwachen geweint. Wurde besser beim Herumtragen durch die Mutter, konnte aufstossen.
Beim erneuten Weinen liess er sich nicht von der Mutter beruhigen. Habe dann angeboten, ihn mal zu nehmen, habe ihn bäuchlings auf meine Beine gelegt, eine Hand unter seinen Bauch, die andere an das Os Frontale. Hat aufgehört zu weinen und konnte sich in meine Hand entspannen und den Kopf ganz abgeben. Hat den Kopf sogar auf die linke Seite gedreht.

18.1.2011
Seit letzter Sitzung deutliche Verbesserung. Mutter und Kind sind sehr entspannt.
Zum 3. Mal das Babyheilbad gemacht.
Umstellung auf andere Milch seit einer Woche, scheint diese gut zu vertragen.
Heute war Luca die ganze Stunde zufrieden und er liess sich 20 Minuten behandeln.
Ich habe mit Dekompression von Os occipitale begonnen, dann längere Zeit am Os sacrum verweilt, bin zum Core Link übergegangen, bis es meine Hände auf die Duraebene zog. In Fronto-occipitaler Handposition habe ich die Dura und die Kopfbewegung von Luca begleitet. Er hat seinen Kopf ganz auf die linke Seite gedreht und sich am Schluss der Behandlung auf die linke Körperseite gedreht, was er bis jetzt noch nie gemacht habe. Die ganze Zeit hat er lebhafte, fröhliche Laute von sich gegeben und intensiven Blickkontakt mit seiner Mutter gesucht.

25.1.2011
Geht viel besser, hat auch Zuhause ab und zu von sich aus auf die linke Seite geschaut. In Rückenlage liegt sein Körper symetrisch, auch der Kopf (vorher lag er immer schief) CSO Behandlung: Beginn an Füssen, CRI nicht gespürt, da Luca seine Beine bewegt und vergnügt plaudert. Bin gleich zum Kopf gewechselt, Dekompression des Os occipiale, da er unruhig wurde, ging ich weiter zum Os

sacrum. Heute insgesamt nur etwa 10 Minuten behandelt, weil er Zeichen von Müdigkeit zeigte (er war schon müde zu Beginn der Sitzung)
Er ist dann im Maxikosi eingeschlafen (durch schaukeln)

31.1.2011
Luca ist heute 15 Wochen alt. Er dreht auch Zuhause den Kopf öfters auf die linke Seite, obwohl die rechte Seite immer noch seine bevorzugte ist. Das Einschlafen sei immer noch schwierig. Frau Y. fängt am Freitag wieder zu arbeiten an, Luca wird dann vom Vater betreut. Behandlung: Beginn an Füssen, dann Sacrum. Os occipitale: Dekompression und Configlastechnik bds. anschliessend Core Link in Seitenlage links. Luca sitzend im Stillkissen eingebettet, mit Blickkontakt zur Mutter, habe ich die craniale Dura behandeln können. Er liess sich heute ca. 30 Minuten behandeln, bis er Zeichen von Müdigkeit zeigte. Zu Beginn der Behandlung hat er viele lebhafte Töne von sich gegeben und viel erzählt. Beim Behandeln der Dura wurde er stiller. Zu Beginn der Behandlung viel Windabgang. Er hat vor dem Einschlafen im Maxikosi geweint und sich wie gegen den Schlaf gewehrt. Nach ca. 5 Minuten weinen ist er in tiefen Schlaf gesunken.

8.2.2011
Konnte Luca ca. 30 Minuten behandeln, sitzend im Stillkissen, mit Blickkontakt zu seiner Mutter. CSO: Occiput: Dekompression und De-Torsion, dann lange an der cranialen Dura, am Sacrum gearbeitet und Abschluss mit Core Link.
Er ist heute zum ersten Mal ohne zu weinen eingeschlafen nach der Behandlung!

4.5.2 Auswirkungen von PDA

PDA Rate Schweiz

Viele Frauen mit Spontangeburt gebären mit vielen Interventionen wie Schmerzmittel, PDA und synthetischem Oxytocin. In den Jahren 2005-2008 fanden in den Kliniken, die bei der Arbeitsgemeinschaft Schweizer Frauenkliniken (ASF) dabei sind, 92'831 Geburten statt, davon 61.5% spontan. Die PDA-Rate bei den Spontangeburten variierte in den jeweiligen Kliniken deutlich von 3.69% bis 53.32 % mit einem Durchschnitt von 24% (ASF-Statistik 2005-2008). Anzumerken ist, dass die Westschweizer Kliniken wie Genf und Lausanne, wo die PDA-Rate, wie in Frankreich höher liegt, nicht bei der ASF dabei sind. (Internet: F. Brönnimann, Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit Studiengang Hebamme HF, 2010)

Problematische Gebursverläufe

Übereinstimmung herrscht darüber, dass eine PDA das Risiko für eine vaginal-operative Geburtsbeendigung oder Sectio signifikant erhöht, mit weitreichenden Folgen für das Bonding. Ursachen dafür sind protrahierte Geburtsverläufe, Einstellungsanomalien der Kinder und fehlendes oder abgeschwächtes Druckgefühl der Frauen in der Pressphase.

Viele der Störungen durch eine PDA sind sehr subtil. So stört eine PDA die sensible Temperaturregulierung durch die Mutter im Hautkontakt mit ihrem Kind.

Hormonelle Auswirkungen

Die PDA bremst die Ausschüttung des körpereigenen Oxytocins, die normalerweise während der Geburt stattfindet, und behindert dadurch das Bonding. Der für die Oxytocinausschüttung notwendige Schmerzreiz wird durch die PDA unterdrückt. Verschiedene Studien belegen, dass unter PDA dreimal häufiger als ohne PDA die Gabe von synthetischem Oxytocin per Wehentropf erforderlich ist.

Ebenso hemmt die PDA bei der Mutter die Ausschüttung der bindungsfördernden Beta-Endorphine. Eine Studie aus Österreich aus dem Jahre 2006 fand im Nabelschnurblut von Kindern nach einer Geburt mit PDA einen doppelt so hohen Beta-Endorphinspiegel als nach einer Geburt ohne PDA. Auch der Adrenalin-und Noradrenalinspielgel des Kindes war in etwa doppelt so hoch wie ohne PDA. Dies lässt vermuten, dass die Geburt unter PDA für das Kind stressiger ist. Ein solchermassen gestresstes Neugeborenes ist weniger wach und weniger bereit zur Kontaktaufnahme mit seiner Mutter. Die PDA führt durch den Mangel an Oxytocin und Endorphinen auch zu einer weniger bindungsbereiten Mutter.

Sonstige Auswirkungen

Eine PDA führt ausserdem zu häufigeren Stillproblemen in den ersten Lebenstagen, häufiger notwendiger Zufütterung und früherem Abstillen. In einer englischen Studie wurde eine Abhängigkeit der Stillrate von der Dosis des unter der Geburt verabreichten Fentanyls in der PDA festgestellt. Je höher die Dosis, desto höher war die Rate der flaschengefütterten Kinder.

Fallbeispiel 2: 32 Jährige, 1 Para 1 Gravida, Geburtseinleitung wegen SBS, PDA und VE. Die Anmeldung erfolgte durch nachbetreuende Hebamme. Der Behandlungsgrund war "Schreibaby"

17.12.2010
Hausbesuch am 9. Tag nach der Geburt. Der Kindsvater empfängt mich mit der schreienden Lisa im Tragetuch. Die Mutter möchte heute eine Behandlung. Wochenbettverlauf von Mutter und Kind soweit alles i.o. Wird von Hebamme betreut, die mich auch empfohlen hat. Stillen geht gut. Lisa weint oft, besonders heute. Eltern vermuten, dass sie Bauchkrämpfe hat. In der Familie sind keine Allergien bekannt. Lisa schläft ein paar Minuten nach meiner Ankunft im Tragetuch ein. Für mich ist somit klar, dass es richtig ist, heute die Mutter zu behandeln.
Sie klagt vor allem über Schmerzen am Steissbein und Kreuzbein. Die PDA habe in diesem Bereich nicht gewirkt und sie habe in der AP starke Schmerzen gehabt.
Sie äussert, dass sie sich die Geburt anders vorgestellt hat. Sich nicht bewegen zu können während der PDA, war für sie ein schlimmes Erlebnis.
Cranio: Kreuzbeinläsion li mit indirekter Technik gelöst. LSG mit FIT behandelt. Rocking the Dura in Seitenlage, wurde synchron. WS- Schwingen und Kontakt mit Zone C. Füsse: CR begleitet, war rechts kräftiger. Faszien waren im Bereich Zwerchfell undurchlässig. Flüssigkeitsebene war sehr durchlässig.
RZF: Bioenergetische Fussbehandlung zur Stabilisierung und Ressourcenstärkung.
Rückmeldung direkt n.d. Sitzung: Konnte sich gut entspannen, Bilder vom ganzen Geburtsablauf kamen wie ein Film.
Lisa hat noch im Tragetuch geschlafen, als ich mich von der Familie verabschiedet habe.

24.12.2010
16. Tag nach der Geburt. Wurde gestern von der nachbetreuenden Hebamme gebeten, die Familie vor Weihnachten nochmals zu besuchen, da Lisa die letzte Nacht fast durchgehend geschrien habe und die Familie dringend Unterstützung brauche.
Werde heute von der Grossmutter von Lisa empfangen. Sie ist aus Italien angereist und bleibt bis Ende Jahr. Kindsvater schläft , er habe die ganze Nacht Lisa herumgetragen. Die weinende Lisa ist auf den Armen ihrer Mutter. Sie möchte, dass

ich heute Lisa behandle. Ich gehe in inneren Dialog mit Lisa und frage sie um Erlaubnis.
Dass sie aufhört zu weinen und mich interessiert anschaut verstehe ich als ja. Ich lasse sie im Arm der Mutter und nehme Kontakt über die Füsse auf. Ich beobachte den CRI und das Verhalten von Lisa, deren Körper von ganz entspannt bis zu schnellen, hektischen Bewegungen wechselt. Auch in ihrem Gesicht wechselt ständig der Ausdruck, von entspannt ruhig, sogar ab und zu ein Lächeln, bis kurz aufschreiend und angespannt. Einige Male hatte ich den Eindruck, als ob sie was ausspucken möchte. Die Augen hat sie nur selten ganz geöffnet, wenn sie geschaut hat, dann eher vorsichtig.
Als nächstes legte ich meine Hand unter's Sacrum, zuerst hat sie ganz kurz geweint, dann konnte sie sich jedoch gut entspannen. Nach der Lösung vom Kreuzbein hat sie einen tiefen Atemzug gemacht. Mit einer Hand weiter unter dem Kreuzbein untersuchte ich mit der anderen die Durchlässigkeit im Bauch und in der Zwerchfellgegend. Allein durch das Beobachten und Mitgehen konnte Lisa tiefer atmen und Darmgeräusche wurden hörbar. Zwischendurch ist sie immer wieder schreckhaft zusammengezuckt, hat manchmal auch kurz geweint.
Zum Schluss wagte ich mich noch ans Occiput, wo sie stark angefangen hat zu weinen. Mit Erlaubnis der Mutter legte ich Lisa auf meine Oberschenkel, so dass ich sie anschauen konnte. Sie weinte heftig während sie den Blickkontakt mit mir hielt. Nach ca. 5 bis 10 Minuten nahm ich Lisa an meine Schulter und versuchte in dieser Position das Kopfgelenk zu untersuchen. Lisa fühlte sich in dieser Position wohler und weinte nicht mehr.
Während dem anschliessenden Stillen behandelte ich die Mutter ausgleichend über die Füsse. Habe ihr das Babyheilbad von Brigitte Meissner empfohlen.

29.12.2010
Nach der letzten Behandlung hat Lisa zum ersten Mal durchgeschlafen und während drei Tagen viel weniger geweint.
Behandlungsbeginn an den Füssen, dann weiter am Sacrum, Läsion li. Indirekte Technik und Bogensehne ventral untersucht und behandelt. Sie hat sich dann selber in die li Seitenlage gedreht wo ich Rücken und WS gehalten habe.
Zur Behandlung von Occiput legte ich sie auf meine Beine, so dass ich Blickkontakt halten konnte. Torsion li hat Lisa selber gelöst, indem sie den Kopf selber in meinen

Händen bewegt hat. Nachdem ich sie noch einen Moment im Arm gehalten habe, ist sie in ihrem Bett eingeschlafen.

4.1.2011
Haben Babyheilbad gemacht und beide haben es genossen.
Stillen ist schmerzhaft, v.a.linke Brustwarze. Will Termin bei Stillberaterin abmachen.
Lisa schläft im Tragetuch der Mutter. Sie ist heute 3 Wochen und 3 Tage alt. Hat in den letzten drei Tagen praktisch nicht geschlafen. Weint oft nach dem Stillen und ist unruhig. Habe heute die Mutter (mit Lisa schlafend im Tragetuch auf ihrem Bauch) an den Füssen behandelt. Zuerst CRI begleitet, rechts kräftiger als links. Flüssigkeitsstop rechter Oberschenkel.
Bioenergetische Fussbehandlung, Lisa hat ein paar Mal mit der Atmung reagiert, hat sich bewegt und dann weiter geschlafen. Mutter und Kind konnten sich gut entspannen. Ressourcenstärkung! Stärkung von Bonding und Vertrauen. Zum Abschluss hatte ich Kontakt mit Zone C.

11.1.2011
Laut Kinderärztin hätte sie 800g (statt nur 200g) zunehmen sollen. Fühlt sich deswegen beunruhigt. Linke Brustwarze immer noch schmerzhaft beim Stillen. Hat mit Stillberaterin Kontakt aufgenommen.
Lisa weint nachts weniger. Ihre unruhige Zeit, wo sie auch viel weint ist jetzt vormittags. Stillen drei stündlich.
Heute Bioenergetische Fussbehandlung mit der schlafenden Lisa im Tragetuch auf ihrem Bauch. Beide konnten sich gut entspannen.
Cranio: Arbeit von den Füssen: strukturverbindende Energiearbeit, Faszien, Flüssigkeitsarbeit, CRI begleitet (1x Kontakt zu Zone C), viele Ausgleichsgriffe

18.1.2011
Hatte Termin mit Stillberaterin, diese hat einen Pilz an der BW li diagnostiziert, der jetzt mit Salbe behandelt wird. Gibt ergänzend zum Stillen Aptamil.
Bioenergetische Fussbehandlung, Lisa hat im Tragetuch die ganze Stunde geschlafen.
Vorläufig letzte Sitzung. Meldet sich bei Bedarf.

4.5.3 Depression der Mutter

10%-15% der Frauen – rund 10'000 pro Jahr – stürzt das sogenannt freudige Ereignis in die Krise: Sie erleiden eine postnatale (oder postpartale) Depression oder gar Psychose. (www.postnatale-depression.ch)
Inzwischen gibt es viele Studien, die einen Zusammenhang zwischen einer mütterlichen Depression nach der Geburt und längerfristigen Störungen der Mutter-Kind-Bindung bestätigen. Ein Grund für die Belastung des Mutter-Kind-Bondings bei der mütterlichen Depression ist die reduzierte Mimik der Mutter, welche die natürliche Aufgabe des „Spiegelns“ der kindlichen Mimik und damit auch seiner Emotionen nicht mehr leisten kann.

Fallbeispiel 3: Bonding während Schwangerschaft, 30 Jährige, 1 Para 1 Gravida, 27+3 SSW, Behandlungsgrund sind Rückenschmerzen

Anamnesegespräch: ET: 7. Mai 2011. Hatte während der ersten 14 Wochen starke Übelkeit, kein Erbrechen. Jetzt besser.
Hat in der Schwangerschaft bis jetzt drei Eiseninfusionen bekommen.
Schwangerschaftsbegleitung durch Gynäkologe, will mit ihm im Privatspital gebären (ev. mit Sectio wegen Missbrauchsgeschichte) Dort hat sie sich auch für zwei Abende Geburtsvorbereitung zusammen mit ihrem Partner angemeldet. Hat sich 1996 bei einem Snowboardunfall, eine LSW-Fraktur zugezogen, die konservativ behandelt wurde. Leidet unter rezidivierenden Blasenentzündungen, und hat Resistenz auf 25 Antibiotika. Hatte Rheumasymptome, die Diagnose konnte im Blut nicht nachgewiesen werden.
In der zweiten Sitzung erfahre ich, dass sie eine Borreliose hat und aus diesem Grund Paronex einnimmt. (Ein Antidepressivum, ev. können die Rheumasymtome im Zusammenhang mit der Borreliose stehen?)
Sie arbeitet als Pflegefachfrau in einer Psychiatrischen Klinik. Seit Februar hat sie auf 50% Pensum reduziert wegen zunehmender Rückenschmerzen.
Behandlungsziel Klientin: Sie hofft, dass durch die Craniobehandlungen die Rückenschmerzen gelindert werden können.
Behandlung: Rückenmassage mit Massageball. Habe ihr eine Selbshilfeübung für die Entspannung des Beckenbodens gezeigt. Arbeit an den Füssen.
2. Termin eine Woche später

Sie hat einen Massageball nach der letzten Sitzung gekauft und ihr Partner würde sie jetzt ab und zu massieren, was ihr gut tut.
Sie will sich von ihrem Gynäkologen Physio verschreiben lassen, da sie keine Zusatzversicherung für Komplementärmedizin hat.
Behandlungsschwerpunkt: Beweglichkeit von Kreuzbein zwischen den Beckenschaufeln, Beweglichkeit der Wirbelsäule und der spinalen Dura.

4.5.4 Weitere Störfaktoren

Beeinträchtigungen des Bondings können auch durch Umgebungsfaktoren, Störungen durch das Personal, Medizinisch nötige und unnötige Interventionen und durch die Trennung von Mutter und Kind verursacht werden. (Lang, 2009)

Fallbeispiel 4: 32 jährige 1 Para 1 Gravida, manuelle Plazentalösung in Vollnarkose nach Spontangeburt, Behandlungsgrund "Kind macht komisches Geräusch beim Trinken"

30.12.2010
Anamnese: Schwangerschaft unauffällig. Spontangeburt am Termin. Epi wegen NSU 1x straff um den Hals. Manuelle Plazentalösung in Vollnarkose. Bonding hat nicht stattgefunden. Jan ist heute 6 Wochen alt. Er habe viele Bauchkrämpfe und Blähungen, Zuckungen vor dem Einschlafen und mache komische Geräusche beim Trinken. Er trinke hastig und würde nicht richtig ziehen. Er wollte nach der Geburt nicht an die Brust und wird mit der Flasche ernährt. Hat Milchschorf am Kopf und Augenbrauen seit 1 ½ Wochen. Allergien sind keine bekannt in der Familie.
Als Erstes berichten die Eltern, dass sie den Nuggi zu Hause vergessen haben. Sie kauften vor der Sitzung einen neuen und gaben ihn sofort Jan, als er aufwachte und unruhig wurde.
Kontaktaufnahme mit Jan über die Füsse. Er hat den Nuggi rausgespuckt und angefangen zu weinen, er klang richtig wütend und hatte die Tendenz, sich zu überstrecken. Ich hörte ihm zu und gab seinem Weinen Raum. Es fühlte sich an, als ob endlich der Stöpsel (Nuggi) weg ist, und er sich von „Angestautem" befreit. Bei den Eltern fragte ich nach, ob sie es aushalten, wenn Jan so weint. Sie bejahten. Nach schätzugsweise 10 Minuten folgte ich meinem Impuls und gab ihm den Nuggi, woraufhin er sich beruhigte. Ich legte dann eine Hand unter's Occiput und die andere abwechselnd auf Zwerchfell und Bauch. Jan hat intensiven Blickkontakt gesucht und

seine Atmung wurde ruhiger und etwas tiefer, jedoch immer noch geräuschvoll, durch das Saugen am Nuggi. Nach einer Weile hat er den Nuggi wieder ausgespuckt und wirkte wieder unzufrieden. Die letzte Malzeit lag 4 Stunden zurück und so bekam er den Schoppen. Er trank mit Unterbrüchen und sehr geräuschvoll.
Habe das Babyheilbad empfohlen, da das Bonding wegen manueller Plazentalösung nicht stattgefunden hat nach der Geburt.

4.1.2011
Jan schläft besser, weint mehr.
Behandlungsbeginn an den Füssen, viel Windabgang und hörbare Verdauungsgeräusche. Hand am Kreuzbein, weiter viel Windabgang. Hat angefangen zu weinen, liess sich von seiner Mutter trösten. Konnte die Behandlung im Arm seiner Mutter weiterführen. Im Kontakt mit dem anterioren Duragürtel hat er ganz stark angefangen zu weinen, hat auch die Augen geschlossen. Ich sprach ihn mit seinem Namen an und sagte seiner Mutter sie solle das gleiche tun, um ihn aus "dem Film "zu holen. Gemäss meinem Gefühl war der Film in dem er grade drin war, die Erstickungsgefahr bei der Geburt durch die NSU am Hals. Ich gab ihm 1 Tropfen Bachblütennotfalltropfen, er hat die Augen wieder geöffnet und aufgehört zu weinen, als ich ihm die Tropfenverabreichung erklärte. Ich habe ihm auch verbal gesagt, dass die Gefahr, die er bei der Geburt erlebt hat, vorbei ist und dass er jetzt sicher ist. Er hat sich beruhigt und liess sich weiterbehandeln. Habe noch eine Weile die Dura über das Occiput und anterioren Duragürtel behandelt. Dann ist er entspannt eingeschlafen.

11.1.2011
Insgesamt besser.
Hat Babyheilbad 1x gemacht. Hat sie nach dem Bad als Erstes angepinkelt, dann geweint. Hat sich nur mit Nuggi beruhigen lassen und sich ständig bewegt. Sie konnten es beide nicht geniessen.
Habe ihn für die Behandlung auf meine Knie gelegt, Hand unter Zwerchfell. Wellenartig ging er plötzlich in die Überstreckung, wie bei der ersten Behandlung. Ich bot ihm eine Hand bei den Füssen an und er rollte sich dann in Embryoposition, wo er für einen Moment ganz still und ruhig wurde.
Er zeigte viel mehr Interesse an Kontakt und hat seine Mutter interessiert angeschaut.

Insgesamt ausgeglichener Tonus und im Kehlkopf ist kein Geräusch mehr hörbar im Ruhezustand.
Sie will nochmals das Babyheilbad ausprobieren. Meldet sich bei Bedarf.
Im Telefongespräch drei Wochen später berichtet sie, dass es besser geht und weitere Termine nicht nötig sind.

4.6 Bonding fördern

Alle, die in der Geburtshilfe tätig sind, können durch das Eingehen auf die Bedürfnisse der Eltern und Kinder in der Zeit vor, während und nach der Geburt eine günstige Umgebung für das Bonding schaffen. Manche Frauen erfahren erst durch eine Betreuung, was es bedeutet, wie ein Kind behütet und umsorgt zu werden, und welchen Wert es hat, genährt, geschützt und für etwas ganz Kostbares gehalten zu werden. Diese Erfahrung können sie dann an ihr Kind weitergeben. Man spricht auch vom „Mothering the mother“. Auch hier wirkt letztlich ein Resonanzphänomen. Je besser es der Mutter geht, umso gelassener und entspannter wird auch ihr Kind sein.

Was kann das geburtshilfliche Personal tun?
Dem Bonding Raum geben.
Väter in die Wochenbettbetreuung einbeziehen. Sollte nach der Geburt eine Trennung des Kindes von der Mutter unvermeidlich sein, wie etwa bei einem Kaiserschnitt, so ist der beste Platz für das Kind auf der Brust seines Vaters in Hautkontakt.
Hebammen können anhand vom Bonding-„APGAR“ die Qualität des Mutter-Kind-Bondings einschätzen. Dieser Test hat sich als durchaus aussagekräftig erwiesen und die Ergebnisse korrelierten nach sechs bis zwölf Monaten mit der Qualität der Mutter-Kind-Bindung. Mütter mit hohen Punktzahlen im „Bonding-APGAR unmittelbar nach der Geburt hatten nach zwölf Monaten signifikant häufiger sicher gebundene Kinder. (Lang, 2009)

Was können Eltern tun?

5. Im Rhythmus langsamer werden
6. Pausen einlegen wenn es um die Sicherheit geht, es für die Eltern selbst zu viel wird oder die Kommunikation abbricht
7. Das Kind orientieren (10 Sekunden-Regel)
8. Antworten des Kindes anerkennen (Kind bestätigen in dem was ich sehe)

9. Raum geben: sich selbst beruhigen, dem Kind Körperkontakt anbieten, ansprechen was sie spüren, eigene Gefühle wahrnehmen und annehmen, Aufmerksamkeit regulieren, Umweltreize beachten (Käppeli, 2009)

Wann ist Hilfe nötig?

- Kind entspannt sich nicht
- Eltern werden wütend, ängstlich, unsicher
- Eltern ziehen sich innerlich zurück, strafen zunehmend
- Kind reagiert schreckhaft auf Stress

5 Unterstützungsmöglichkeiten bei Mutter und Kind

5.1 CSO

Osteopathisch stehen bei der Mutter die Behebung eines potentiellen Schocks im Vordergrund, die Behandlung des Beckens und seiner knöchernen und muskulären Strukturen sowie der Beckenorgane. Das Zwerchfell und die komplette Wirbelsäule muss integriert werden. Auch der Kopf mit der Beweglichkeit seiner Schädelknochen, der Hirnhäute und den Teilen des zentralen Nervensystems sollten auf mögliche Einschränkungen überprüft werden. Direkt oder indirekt sollten auch die hormonproduzierenden Drüsen mit in die Behandlung integriert werden.
Konnte ein Bonding zwischen Kind und Mutter nach der Geburt nicht erfolgen, haben Aufklärung, Haltetechniken und Befreiung der Mutter und des Kindes von potenziell emotional traumatisierenden Erinnerungen aus dem Gewebe für eine gute Verbindung zwischen Beiden oberste Priorität. (Riedl,Schleupen, 2010)

Für die Kinderbehandlungen gibt es verschiedene Techniken, die von Sutherland entwickelt wurden:

- Schädelknochen, d.h. Techniken für das Os occipitale, Os spehnoidale, Os temporale. Insbesondere aber für die Lösung der Kompression der Gelenkköpfe des Hinterhauptbeines mit dem Atlas sowie eine Technik zur Lösung der Verdrehung des Hinterhauptbeines.
- Kopfgelenke, d.h. Techniken zur Lösung des Os occipitale vom Atlas. Der Hauptfokus liegt auf der Korrektur des Hinterhauptbeines mit dessen Gelenkköpfen, den Pars condylaris, welche die Gelenkverbindung zum Atlas bilden.
- Hirnhäute: Eine Lösung der Spannung innerhalb der Hirnhäute war für Sutherland sehr wichtig, denn frei bewegliche Hirnhäute waren für ihn ein ausschlaggebender Faktor für eine normale Entwicklung des Zentralen Nervensystems eines Kindes.
- Flüssigkeit: Sutherlands wichtigster Begleiter bei der Arbeit war die Flüssigkeit im Körper, insbesondere das Hirnwasser. Ein Zitat von ihm:“ Bleibe sanft, forciere nichts und erinnere dich daran, dass die Flüssigkeit für dich arbeitet.“

Es ist wichtig, dass bei der Craniosacralen Osteopathie / CSTherapie die bewusste und einfühlsame Arbeit mit den Händen die Basis bleibt, und dass die strukturellen

Ebenen (Knochen, Membran, Flüssigkeit/Nervengewebe) die gleiche Wertigkeit behalten wie die emotionale und die feinstofflich-energetische Ebene. Die Strukturen können unseren Händen wichtige „Geburts-oder Lebens-Geschichten“ erzählen, oder wir können diese Strukturen bewusst und ohne Worte nach emotionalen oder energetischen Inhalten befragen. Diese Geschichten sollten wir mit Mitgefühl anhören und ihre Aufarbeitung und Integration mit oder ohne weitere Techniken begleiten. (Merkel, 2000)

Viele Behandlungstechniken, die Michaela Holin Schindler im Kurs „Grundlagen der Craniosacralen Osteopathie in der Schwangerschaft“ vermittelt, sind auch bei der Frau nach der Geburt indiziert. Ich denke zum Beispiel an das Os sacrum (siehe Fallbeispiel 2). Die Arbeit mit den Gebärmutterbändern und die Behandlung der Gebärmutter würde ich aus Hebammensicht frühstens sechs bis acht Wochen nach der Geburt beginnen um die physiologischen Rückbildungs-und Heilungsvorgänge wirken zu lassen. Während dieser Zeit ist Ruhe und Schonung wichtig.

Grosses Behandlungspotential bietet sicher das Polyvagale Nevensystem. Porges nennt es das soziale Nervensystem und teilt ihm folgende Hirnnerven zu:

- V Trigeminus (Hören)
- VII Facialis (Mimik, Saugfunktion)
- IX Glossopharyngeus (Schlucken und Reden)
- X Vagus (Herzrthythmus, Feinregulation)
- XI Accessorius (Kopfbewegung)

Das Sozialverhalten ist nach Porges nicht gelernt, sondern es ist ein Teil des neurophysiologischen Systems, welches insbesondere über das limbische System (Amygdala) reguliert wird. In der Amygdala entsteht die Angst, der Hippocampus bildet ein Gegengewicht. Der Hippocampus liefert den umgebenden Zusammenhang, damit wir entscheiden können, ob wir wirklich in einer Lage sind, in der wir uns fürchten müssen.

Es findet eine ständige Einschätzung des Nervensystems diesbezüglich statt:

- Lebensbedrohung: Dorsaler Vagus (z.B. Todstellreflex)
- Gefahr: Sympathikus (Kampf und Fluchtreaktion bei Stress)
- Sicherheit: Ventraler Vagus (als Teil des sozialen Nervensystems)

(Porges, 2010)

Für mich stellt es wie zu Beginn erwähnt, ein Behandlungspotential dar. Aus meiner Selbsterfahrung mit Neuroviszeraler Osteoptahie bei Harald Faltz, führt diese

Behandlung eher in prozessorientiertes Arbeiten. Dafür braucht es als Voraussetzung „eine stabilisierte Mutter“! Bei den Frauen, die nach der Geburt in meine Praxis kommen, bevorzuge ich ressourcenorientiertes Arbeiten, vorwiegend auf struktureller Ebene. Ich kann mir vorstellen, mich in dem komplexen Gebiet der Neurophysiologie weiterzubilden, wenn ich ausreichend Erfahrung und Sicherheit als Therapeutin gesammelt habe.

5.2 Bioenergetik am Fuß

Mechthild Deyringer entwickelte Bioenergetik am Fuss aus Reflexzonentherapie am Fuss, Metamorphose, Atemtherapie und sanfte Bioenergetik (Babymassage, Polarity). Als Fussreflexzonentherapeutin besuchte ich bei ihr zwei Weiterbildungen: “Bioenergetik rund um die Geburt“ und „das chronisch unruhige Baby“. In den letzten sechs Jahren hatte ich viele Möglichkeiten, die bioenergetische Fussbehandlung bei Frauen und Babys rund um die Geburt anzuwenden.
Im Buch „Auf die Welt gekommen, die neuen Baby-Therapien“, beschreibt Mechthild Deyringer in einer Zusammenfassung Bioenergetik am Fuss wie folgt:

- Basisstärkung: Die körperlichen und seelischen Transformationsvorgänge vor, während und nach der Geburt werden durch einen guten Kontakt zum Körper und durch Vertrauen in die Kraft der inneren psycho-physischen Basis erleichtert. Da der Fuss der erdnächste Körperteil ist, stellt er die körperliche Verbindung zum Boden her. Seine Behandlung wirkt daher erdverbindend und basisstärkend. Besonders in der postpartalen Phase ist ihre energieausgleichende und umfassend stabilisierende Wirkung von besonderem Wert.
- Energetische Behandlung des ganzen Körpers: Im Fuss bildet sich der Mensch von Kopf bis einschliesslich dem Becken als energetisches System ab. Das ermöglicht eine Einflussnahme auf körperliche Beschwerden, behutsame Kontaktaufnahme zu körperlich traumatisierten Bereichen, ohne sie direkt zu berühren und schonende Entladung von traumatisch bedingten Energieblockaden.
- Arbeit mit frühkindlichen Assoziationen: Das umfassende Halten der Füsse stellt eine assoziative Nähe zur intrauterinen und frühkindlichen Erfahrung der Frau her. Es ermöglicht sowohl Verarbeitungsprozesse auf verbaler und nonverbaler Ebene als auch ein „Nachnähren“ des „inneren Kindes“. Das

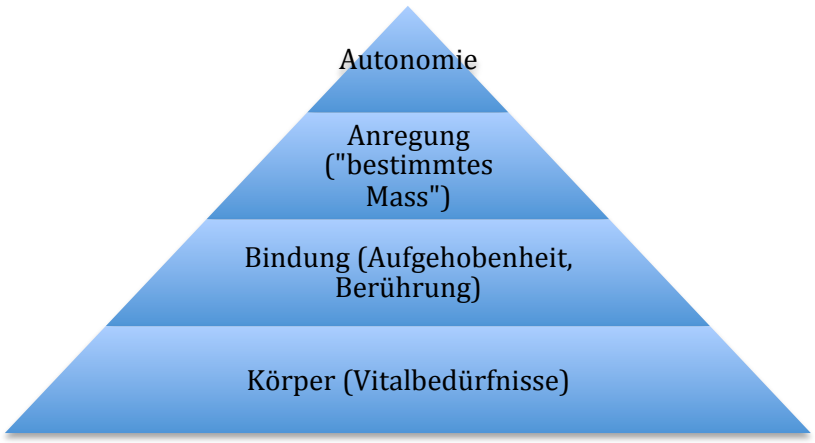
adäquate körperliche und emotionale „Nachnähren“ in der kurzzeitigen Regressionsphase während einer Behandlung stärkt die Mutter und wirkt wie ein Modell für ihren Kontakt zum Kind. Die guten Erfahrungen der Mutter erzeugen sowohl Nachahmungsbedürfnis als auch –fähigkeit.

- Kombinationsmöglichkeit mit anderen Therapieformen: Die bioenergetische Arbeit am Fuss wirkt als eigenständige Behandlung, sie lässt sich aber auch fliessend in andere körperorientierte Behandlungsformen überleiten. (Mechthild Deyringer, 2000)

5.3 Emotionelle Erste Hilfe (EEH)

Emotionelle Erste Hilfe ist ein körperorientierter Ansatz der Krisenintervention und Bindungsförderung von Eltern und Kindern. „Sie bietet Eltern und Säuglingen akute Hilfe und Unterstützung an, wenn der emotionelle Draht, die Einfühlung und Nähe durch widrige innere oder äussere Umstände verloren gegangen ist“, beschreibt Thomas Harms die Methode in seinem Buch. (Harms, 2008)
Die Selbstanbindung der Eltern, also die emotionale Verbindung der Eltern zu sich selbst, ist die Grundlage für eine stabile Bindung zwischen Eltern und Kind.
Mit dem Praxisstart in Bern war ich plötzlich mit „Schreibabys“ konfrontiert. Das Schreien der Babys und die Hilflosigkeit und Ohnmacht der Eltern brachten mich an meine Grenzen und führten mich zur Weiterbildung bei Thomas Harms über EEH. Eine Zusammenfassung meiner Kursnotizen:

Bedürfnispyramide

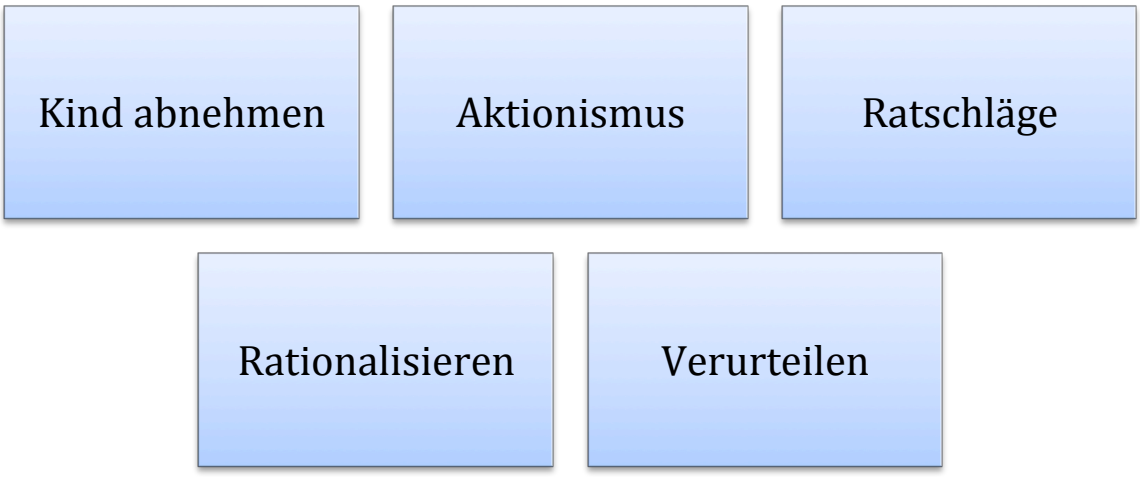


Die 7 Schritte der Emotionellen Ersten Hilfe

Im 1. Schritt der EEH, in der Phase der Problemdefinition geht es darum, einen Zugang zur Mutter zu finden und zu evaluieren, aus welchem Regelkreis der Bedürfnispyramide das „Signal Weinen“ kommt. Auch hier wirkt das Resonanzphänomen. Eine Mutter, die ihren Fokus ausschliesslich auf ihrem weinenden Kind hat und die Helferin ihren Fokus auf der Mutter des Kindes hat, sind sowohl die Mutter als auch die Helferin in einer Aufmerksamkeitsdezentrierung und in einem vegetativen Ungleichgewicht. Dieses Phänomen führt zu Verlust der Selbstverbindung und Abbruch des Informationsaustausches.
Als Regel Nr. 1 bei Interventionen gilt aus diesem Grund:

- Selbstanbindung der Helferin
- Keine neue Information, nur wiederholen was die Frau gesagt hat

Helfer – Fallen



Im 2. Schritt der EEH geht es um die Stress-Exploration. Hier gilt es zu erfahren, was gemacht wird, wenn es schwierig ist. Anschliessend folgt ein Wechsel von der Verhaltens- auf die Erfahrungsebene.

Beim 3. Schritt der EEH kann es auch geübten Helfern immer wieder passieren, dass die Primäre Parasympathikusreaktion, die mit Öffnung und Entspannung einhergeht, in eine Sympathikusreaktion wechselt, wo Stress und Ausdruck aktiviert werden.

Die Intervention „Sicherheitsstation“

Ist der Vertrauensaufbau als Grundlage gelegt und eine unterstützende Berührung gewollt, kann der Aufbau der Sicherheitsstation beginnen:

1. **Bequeme Positionierung**

- Eltern finden gute und angenehme Sitzposition
- Decken und Kissen unterstützen die Lagerung
- Fürsorgliche, aktive Haltung unterstützt den bemutternden Effekt dieser Positionierung

2. **Spür-und Wahrnehmungsphase**

- Eltern fokussieren Aufmerksamkeit nach innen
- Körperwahrnehmung steht im Vordergrund: „was nimmst du jetzt in deinem Körper wahr?“
- Anerkennung der inneren Erfahrung steht ganz im Vordergrund
- Aufbau eines wertfreien Beobachtungsraumes

3. **Intuitives Erfassen einer sicheren Körperberührung**

- Die Person soll spüren, wo sie sich eine wohltuende Körperberührung durch die begleitende Person vorstellen kann.
- Die Person bittet die Begleiterin um die konkrete körperliche Berührung
- Ein Sonderfall ist, dass die Person keine Berührung, sondern nur die stille Präsenz und Anwesenheit der Person möchte

4. **Such-und Probierphase**

- Die Klientin spürt die Wirkungen der Berührungen
- Die Klientin wird aufgefordert, die Berührung solange zu verändern, bis eine deutliche Entspannungsreaktion eintritt.
- Es ist Aufgabe der Beraterin die Klientin zu ermutigen, diesen Korrekturprozess mehrfach vorzunehmen bis sich eine Resonanzreaktion einstellt.

5. **Wahrnehmungsphase**

- Die Klientin beschreibt jetzt die jeweiligen Körperempfindungen, die sich während der Behandlung einstellen.
- Hier steht erneut die Anerkennung der Körperempfindungen, die mit der Öffnungsreaktion verknüpft sind ganz im Vordergrund.

6 Ergebnisse

„Die craniosacrale Therapie ist eine nicht-invasive manuelle Methode, mit der unspezifische Entspannugseffekte erzielt werden können. Ein Evidenznachweis konnte bisher nicht erbracht werden. Die Annahme eines besonderen craniosacralen Rhythmus erscheint zweifelhaft.“ So lautet die Gesamteinschätzung für Craniosacrale Therapie gemäss einer Analyse und Bewertung von Komplementären Heilverfahren im Gesundheitswesen. (Hoefert, Uehleke, 2009)

Bei der Club Sendung zum Thema Komplementärmedizin wurden die „wzw Kriterien“ (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit), und die Qualitätskontrolle von Leistungen diskutiert. Es wird gefordert, dass die Nachweisbarkeit nach wissenschaftlichen Kriterien erfolgen soll und kommunizierbar ist. Der Komplementärmedizin wird angekreidet, dass der Nachweis fehlt. (Club Sendung SF DRS am 12.10.2010)

Das Problem sehe ich darin, dass die geltenden wissenschaftlichen Kriterien auf dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Schulmedizin aufbauen und nicht auf Methoden der Komplementärmedizin übertragen werden können. In der Osteopathie beispielsweise gibt es keine Pathologie, es gibt nur Hyper-und Hypophysiologie. Osteopathie ist eine Lebensphilosophie, in der der Mensch als Teil der Natur und somit als vollkommen betrachtet wird. Das Ziel der Behandlung ist, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit der Körper / Mensch sich neu ordnen kann. Dass es Qualitätskontrollen von Leistungen im Bereich der Komplementärmedizin braucht ist unumstritten. Die Frage ist nur, nach welchen Kriterien?

In meiner Praxistätigkeit hilft mir die Behandlungsdokumentation, den Behandlungsverlauf zu beurteilen und die Wirksamkeit der Behandlung einzuschätzen.

Im Theorieteil meiner Diplomarbeit habe ich mich mit den Bewusstseinszuständen und Signalen von Babys beschäftigt. Dies brachte mich auf die Idee, ein „Instrument“ zu erstellen, das mir die Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlungen erleichtert. In der Folge beschreibe ich die Entwicklungsgeschichte und Grundlagen für das Instrument „Bonding APGAR“.

Der APGAR- Test (benannt nach der Erfinderin, Virgina Apgar 1952), wie ich ihn als Hebamme tagtäglich angewendet habe, umfasst ein Punkteschema, nach dem der klinische Zustand des Kindes unmittelbar nach der Geburt beurteilt wird.

Der Apgar-Score umfasst fünf Komponenten:

1. Herzfrequenz
2. Atemanstrengung
3. Reflexauslösbarkeit
4. Muskeltonus
5. Hautfarbe

Für die 5 Komponenten werden jeweils 0 Punkte (Merkmale fehlen), 1 Punkt (Merkmale nicht ausgeprägt) oder 2 Punkte (Merkmale gut vorhanden) vergeben und in das Untersuchungsprotokoll eingetragen - die maximal erreichbare Punktzahl ist also 10. Der Test wird nach einer Minute, nach fünf Minuten und nach 10 Minuten durchgeführt.

Der Bonding-„APGAR“ (Post-Partum Parenting Behaviour Scale) wurde im Jahre 2001 von Helen und John Britton in den USA entwickelt. Er umfasst sieben Punkte die Verhaltensweisen beschreiben, die das Gelingen von Bonding kennzeichnen. Die Beurteilung bezieht sich auf die unmittelbare Nachgeburtsphase und umfasst folgende Punkte:

1. Enger Körperkontakt
2. Blickkontakt
3. Liebevolles Berühren
4. Untersuchen des Kindes
5. Liebevolle Ansprache
6. Positive Kommentare
7. Glücklichsein

Die frühe Beurteilung der Qualität des Mutter-Kind-Bondings hat sich als durchaus aussagekräftig erwiesen. Die Ergebnisse des Tests korrelierten nach sechs und zwölf Monaten signifikant mit der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion. Die Mütter mit hohen Punktzahlen im „Bonding-APGAR“ unmittelbar nach der Geburt hatten nach zwölf Monaten signifikant häufiger sicher gebundene Kinder. (Lange, 2009)

Da sich in meiner Praxis die Beurteilung des Mutter-Kind-Bondings nicht auf die unmittelbare Nachgeburtsphase bezieht, sondern auf die ersten Wochen bis Monate nach der Geburt, wählte ich Punkte, die Verhaltensweisen vom Kind beschreiben. Diese können Rückschlüsse auf die Bondingqualität zwischen Mutter und Kind geben, im Zusammenhang mit den Resonanprozessen, die ich im Kapitel 4.2.2 beschrieben habe.

Fragen, die bei der Analyse der Verhaltensweisen weiterhelfen: (Derksen, Lohmann, 2009)

- In welchem Bewusstseinszustand ist das Kind und woran erkennt man das?
- Gibt es sichtbare Feinzeichen des autonomen Systems?
- Wie sind die Körperspannung und die Haltung des Kindes und die Lage seiner Extremitäten?
- Wie ist der Gesichtsausdruck des Kindes?
- Wo schaut das Kind hin und wie ist sein Blickverhalten?
- Welchen Mundausdruck hat das Kind?
- Gibt es spezielle Zuwendungs- oder Abwendungszeichen?
- Welche selbstregulatorischen Kompetenzen zeigt das Baby?

Für den Bonding-APGAR wählte ich aus den oben aufgeführten Fragen die speziellen Zuwendungs- und Abwendungszeichen aus, weil diese für mich in der Interaktion mit dem Kind während der Behandlung sehr relevant sind, und stellte sie in Verbindung mit folgenden Punkten:

1. Autonomes physiologisches System
2. Motorisches System
3. Systems der Schlaf-Wach-Zustände
4. Systems der Kommunikation und Interaktion

6.1 „Bonding - APGAR“ anhand von Verhaltensweisen beim Kind

Für die Zeichen werden jeweils 0 Punkte (Zeichen fehlen), 1 Punkt (Zeichen nicht ausgeprägt) oder 2 Punkte (Zeichen gut vorhanden) vergeben und in das Protokoll eingetragen; die maximal erreichbare Punktzahl pro Spalte ist 8.

	Zeichen von Zuwendung und Offenheit	Zeichen von Abwendung und Irritation
Autonomes physiologisches System	rosige Haut, gut durchblutet regelmäßige, ruhige, tiefe Atmung	blasse/rote/ bis blaue Gesichtsfarbe Atem ausstoßen, pressen, anhalten, hecheln längeres Zittern, Zuckungen Husten, Spucken, Würgen, Erbrechen, Verschlucken
Punkte		
Motorisches System	mittlere Muskelspannung ruhige, gleichmäßige Bewegungen rhythmisch-zyklische, zielgerichtete Bewegungen	Rückenüberstreckung, Kopfüberstrecken, sehr angespannter oder schlaffer Tonus, Schulter hochziehen schnelle, hektische Bewegungen, erstarrt, bewegungslos sich wegdrücken, wegdrehen, wegschieben
Punkte		
Systems der Schlaf-Wach-Zustände	Vorhandensein aller sechs Zustände, stabile Zustände, kleine Veränderungen oder Irritationen werden toleriert, hohe, gesteuerte Aufmerksamkeit	Quengeln, Weinen, Schreien, Einschlafen, unklare oder fehlende Zustände, instabil, brüchig, schneller Wechsel in den Zuständen
Punkte		
Systems der Kommunikation und Interaktion	Langer, offener Blickkontakt zur Bezugsperson, selbst aktiv Blickkontakt herstellen und halten Exploratives Plappern und Lallen, Lautvariationen, Imitieren, Sprechen, Kichern, aktive, sozial gerichtete Laute, Lächeln, nach der Bezugsperson greifen, Kopfbewegungen zur Bezugsperson	Blick-und Kopfabwendung, Starren, Augen Schließen, Wegschauen, Augen reiben, Meckern, Schreien, ernster bis neutraler Gesichtsausdruck, wenig Mimik, Stirn runzeln, Lippengrimasse, Schmollgesicht, Kopf schütteln, abwehrende Handhaltung, Kopf senken oder wegdrehen, Hand vor das Gesicht legen, zunehmende Fussbewegungen, Fußtritte
Punkte		
Punkte	Total:	Total:

6.2 Auswertung der im Kapitel 4.5 beschriebenen Fallbeispiele, anhand vom Bonding-APGAR

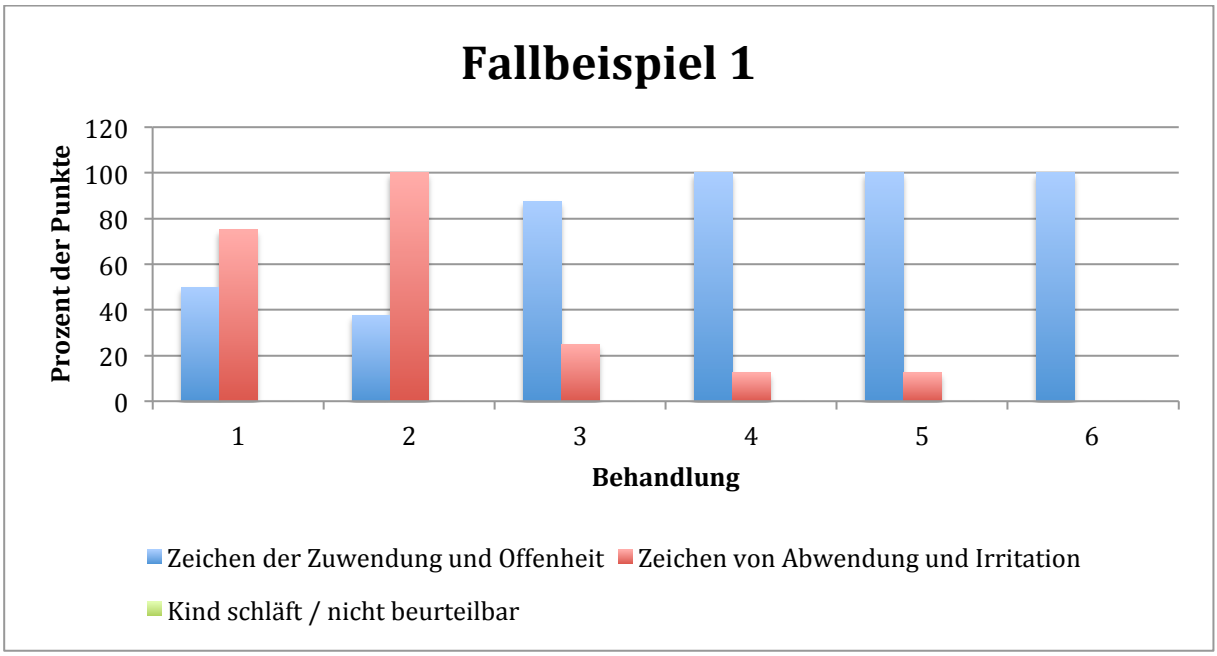


Abbildung 1: Diagramm Bonding "APGAR" – Fallbeispiel 1

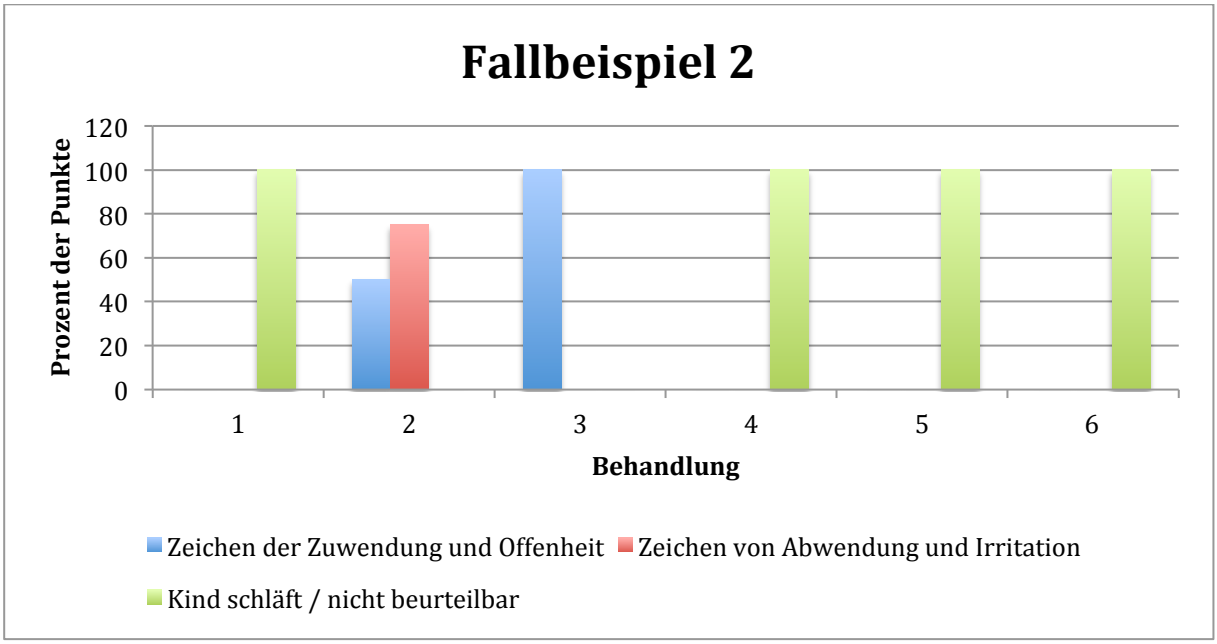


Abbildung 2: Diagramm Bonding "APGAR" – Fallbeispiel 2

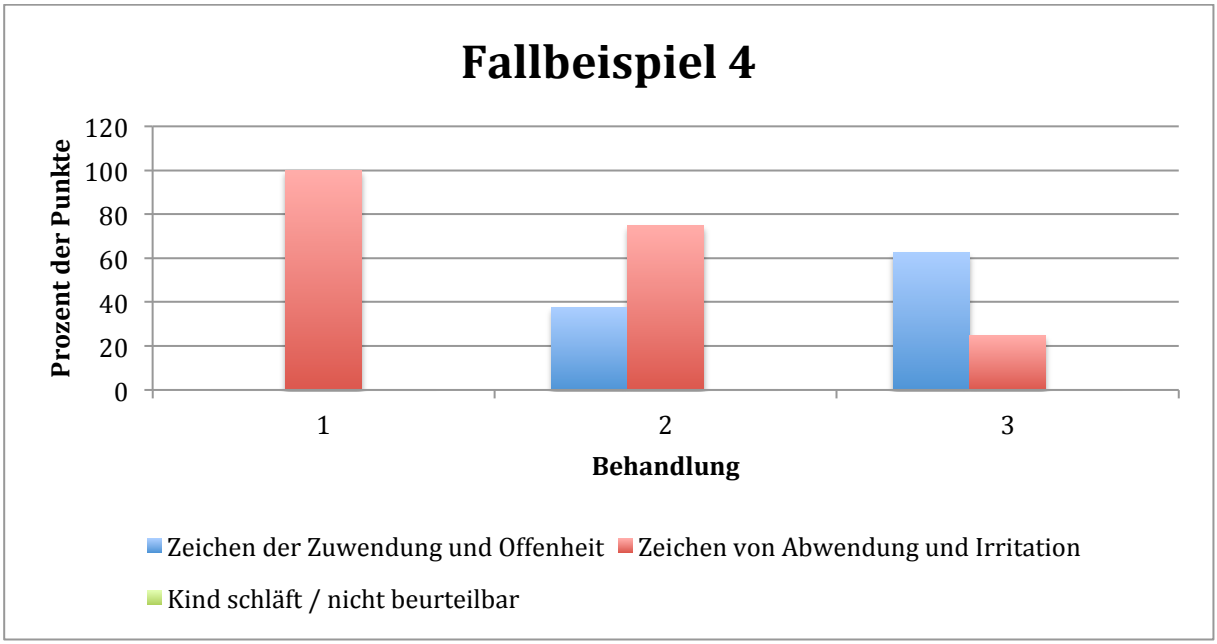


Abbildung 3: Diagramm Bonding "APGAR" – Fallbeispiel 4

Die Einschätzung der Verhaltensweisen beim Kind kann mir helfen, die Wirksamkeit der Behandlung zu reflektieren und zu überprüfen. In den drei auswertbaren Fallbeispielen ergab sich eine deutliche Besserung bei der dritten Sitzung.
Im Fallbeispiel 1 brachte allein das Babyheilbad eine deutliche Entspannung und Verbesserung der Situation. In der 2. Behandlung überwiegten die Zeichen von Abwendung und Irritation und ich konnte nur einen kurzen Moment den anterioren Duragürtel behandeln. Trotzdem zeigte sich im Verlauf eine Verbesserung und ab der 3. Behandlung drehte er seinen Kopf auf die linke Seite und liess sich länger behandeln.
Im Fallbeispiel 2 war ich mit meinem ersten „Schreibaby“ konfrontiert, das in vier von sechs Behandlungsstunden geschlafen hat. Die Behandlung der Mutter, während das Baby zufrieden dabei war, sowie das und Mutter-Kind-Heilbad waren wichtig
Im Fallbeispiel 3 konnte ich den Bonding-APGAR nicht anwenden, da sich das Kind intrauterin, in der 27. Schwangerschaftswoche befand.
Im Fallbeispiel 4 war Schockauflösung bei Mutter und Kind und das Nachholen von Bonding wichtig. Rückblickend wäre ich froh gewesen, die Intervention „Sicherheitsstation“ bereits gekannt zu haben. Ich fühle mich jetzt nach dem Kurs bei Thomas Harms sicherer und besser gerüstet für solche Akutsituationen, wie ich sie in diesem Fallbeispiel erlebt habe. Und ich werde in Zukuft achtsam mit der Helfer-Falle „Kind abnehmen“ umgehen.

7 Schlussfolgerungen

Ich stehe ganz am Anfang in der Behandlung von Babys und bin am Sammeln von Erfahrungen. Was mich schon meine Hebammentätigkeit gelehrt hat ist, dass jede Schwangere/Gebärende/Mutter /Familie und Kind eine individuelle und einzigartige Einheit sind. Dies bestätigt sich auch in der Arbeit mit CSO. Die Präsenz im Hier und Jetzt ist im Praxisraum genau so gefragt wie früher im Gebärsaal beim Begleiten der Geburten.

Ich weiss nie im Voraus, was mich erwartet. Eine kurzfristige Absage wegen Fieber bei einem Kind, ob es wach und offen ist für eine Interaktion, oder müde ist und Zeichen von Abwendung oder Irritation zeigt, oder sogar weint. Alles ist möglich. Hausbesuche machen absolut Sinn, damit Mutter und Kind während der sensiblen Phase nach der Geburt die geschützte häusliche Atmosphäre nicht wegen einer Therapiesitzung verlassen müssen. Ich biete Hausbesuche bis sechs Wochen nach der Geburt an. Positive Rückmeldungen erzählten Eltern nach der Anwendung vom Mutter-Kindheilbad. (Anleitung siehe Anhang 9.2)

Craniosacrale Osteopathie eignet sich gut entweder für die Behandlung von Mutter oder Kind. Indirekt kann so das Bonding unterstützt werden, indem die Mutter oder das Kind entspannter, gestärkt und bindungsbereiter werden.

Besteht jedoch eine ausgeprägte Bindungsstörung, braucht es aus meiner Sicht zusätzlich noch andere Unterstützungsmassnahmen. Ich bin überzeugt, dass die EEH und bioenergetische Fussbehandlungen sinnvoll ergänzende Möglichkeiten zur CSO bei der Unterstützung von Bonding sind. Um meine Beobachtung und Wahrnehmung weiter zu stärken und zu verfeinern, werde ich den Bonding-APGAR als Instrument für die Beurteilung und Wirksamkeit der Behandlung nutzen.

8 Literaturverzeichnis

- R. Merkel. (Juni 2010) Kinderbehandlungen. Kursunterlagen
- Thomas Harms. (März 2011). EEH. Kursunterlagen
- Mechthild Deyringer. (2005 und 2006) Bioenergetische Arbeit am Fuß. Kursunterlagen
- Michaela Holin. (Februar 2011) Grundlagen der Craniosacralen Osteopathie in der Schwangerschaft. Kursunterlagen
- Thomas Harms (Hrsg.) (2000) Beiträge von Mechthild Deyringer, Rudolf Merkel, Thomas Harms u.a. Auf die Welt gekommen, die neuen Baby-Therapien. Ulrich Leutner Verlag, Berlin
- K.H.Riedl, A. Schleupen. (2010) Osteopathie in der Frauenheilkunde. Urban&Fischer Verlag, München
- S.W. Porges. (2010). Die Polyvagal-Theorie. Junfermann Verlag, Paderborn
- Christine Lang. (2009) Bonding, Bindung fördern in der Geburtshilfe. Urban& Fischer Verlag, München
- B. R. Meissner. (2003) Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter. Brigitte Meissner Verlag, Unterbözberg
- Klaus Käppeli. (2009). Bonding - das Tor zur Welt der Beziehungen. DVD von Vortrag in Grabs
- B. Derksen, S. Lohmann. (2009) Baby-Lesen, die Signale des Säuglings sehen und verstehen. Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Elternbildung CH und Jacobs Foundation (2010). Broschüre: Stark durch Beziehung, Zürich
- H. Hoefert.(2009). Komplementäre Heilverfahren im Gesundheitswesen, Hans Huber Verlag, Bern

Bilderverzeichnis

Titelbild: selber gemalt im Oktober 2010, Praxislogo für Flyer und Visitenkarten

Abbildung 1: Diagramm Bonding „APGAR“- Fallbeispiel 1

Abbildung 2: Diagramm Bonding „APGAR“- Fallbeispiel 2

Abbildung 3: Diagramm Bonding „APGAR“- Fallbeispiel 4

9 Anhang

9.1 Stark durch Beziehung

Im Leben eines Kindes bildet Beziehung das Fundament seiner Entwicklung. Vom ersten Tag an. Alle Entwicklungsprozesse basieren dabei auf der Beziehung des Kindes zu mindestens einer Bezugsperson. Worauf es bei der Gestaltung dieser Beziehung ankommt, wird in dieser Broschüre gezeigt. (kann in verschiedenen Sprachen unter www.elternbildung.ch als PDF heruntergeladen werden oder bei der Elternbildung CH in Zürich als Broschüre bestellt werden. Telefon 044 253 60 66

Stark durch Beziehung: Was brauchen Kinder?

- Kontakt und körperliche Nähe
- Geborgenheit und Verlässlichkeit
- Zuwendung und Zwiegespräch
- Eine sichere Bindung
- Anerkennung in meine Fähigkeiten
- Vertrauen in meine Fähigkeiten
- Eine anregende Entwicklungsumgebung
- Orientierung

Stark durch Beziehung: Was benötigen Mütter und Väter

- Mütter und Väter bringen manches schon mit
- Mütter und Väter benötigen Zeit
- Mütter und Väter benötigen ein wertschätzendes Umfeld und Ermutigung
- Mütter und Väter benötigen Netzwerk

9.2 Mutter-Kindheilbad nach Brigitte Meissner

Das Heilgespräch und das Babyheilbad sind inzwischen neben der Craniosacral Therapie meine zwei wichtigsten Grundpfeiler in der Begleitung und Aufarbeitung von Geburtstraumatas oder –stress bei Müttern und/oder Babys und Kindern geworden. Sie sind integrativer Bestandteil meiner therapeutischen Praxis, denn sie sind sehr, sehr wirksam! Beim Heilgespräch soll die Mutter mit ihrem Kind die gemeinsame Geburtsgeschichte erzählen und erklären. Egal wie alt das Kind ist. Also unbedingt auch bei Babys – denn diese verstehen viel mehr als bis anhin angenommen.

Empfehlung für Kaiserschnittmütter oder Frauen die eine PDA bei der Geburt hatten

Lassen Sie mit Craniosacral-Therapie Ihren Bauch- und Narbenbereich, als auch die Einstichstelle der Spinal- oder PDA- anästhesie an der Wirbelsäule lösen. Ausserdem sollte die Narbe täglich kurz massiert werden. Nach ca. 9-10 Monaten empfiehlt es sich eine Narbenentstörung durchzuführen. (Möglich bei Akupunktmassage Therapeuten (APM) oder mit Akupunktur).

Das BABYHEILBAD oder MUTTER-KINDHEILBAD nach Brigitte Meissner

- Schaffen Sie eine für Sie möglichst angenehme und geschützte Atmosphäre (warme Raumtemperatur, keine dringenden Termine) Es soll auch Raum für Gefühle da sein, die bei Ihnen als Mutter und Ihrem Kind aufkommen können.
- Wenn Sie eine Begleitperson haben für die erste Durchführung des Babyheilbades, legen Sie sich mit nacktem Oberkörper in das Bett und bedecken sich mit einem großen, kuscheligen Badetuch. Nun lassen Sie die Begleitperson das Baby einige Minuten baden. Mit Vorzug im Badewännchen oder Baby-Eimer (Tummytub u.a.) gleich neben dem Bett, oder sonst im Badezimmer. Wenn Sie das Babyheilbad alleine durchführen, baden Sie selbst das Kind.
- Anschließend wird das Baby nass und nackt im direkten Hautkontakt auf den Oberkörper der Mama gelegt, und sie beide mit dem flauschigen Badetuch schön zugedeckt. Das Baby wird also nach dem Bad nicht abgetrocknet. Wir schenken durch dieses Ritual dem Kind die Geburt und das Bonding wie neu. Und der Mutter kann es helfen, sich mit der Geburt zu versöhnen.
- Kuscheln Sie nun miteinander und falls Sie noch stillen, bieten Sie Ihrem Baby jetzt die Brust an. Wenn es trinken möchte, dann genießen Sie das gemeinsame Stillen. Ansonsten ist es von Vorteil ein Fläschchen in der Nähe bereitzustellen, da Kinder bei diesem Heilbaderitual oft ein vermehrtes Saugbedürfnis zeigen weil tiefe Urinstinkte berührt werden.
- Ein Rebonding und ein Beginn des Heilprozesses für Körper und Seele können erfolgen.
- Wenn Sie das Baby im Badezimmer baden müssen, weil Sie eventuell keine Babybadewanne haben, oder es für diese zu gross wurde, so nehmen Sie das Kind einfach nackt und nass aus der Badewanne, drücken es nackt und nass an Ihr Herz und wandern zügig ins Schlafzimmer zum kuschelig vorbereiteten Bett und decken sich beide schön zu. Alles weitere wie oben beschrieben.

Später können Sie das Heilbad mit Ihrem Kind (auch alleine) noch 2-4 Male (auch öfter) wiederholen. Erfahrungswerte zeigen, dass viele Babys die ersten 2 Male vermehrt weinen – sie „erzählen“ ihre Geschichte und genießen dann jedes Mal etwas entspannter das Rebonding.
Badezusätze: 4 Trpf. Notfalltropfen (Schockhilfe, Übergang) und 10 ml Wildrosencremebad von Weleda (wirkt auf der Herzebene und hilft emotionale Verletzungen zu heilen).
Bitte geben Sie als Mutter Ihren Beitrag und führen Sie mit Ihrem Kind das Heilgespräch über die Geburt sowie das Babyheilbad wirklich durch. Nichts kann diesen, Ihren mütterlichen Einsatz ersetzen – dadurch werden emotionale Narben bei Euch beiden aufgelöst. Diese seelische Lösung erhöht erfahrungsgemäss den Erfolg der therapeutischen Behandlung wirklich deutlich.

Die Heilrituale und das Merkblatt wurden von der Hebamme, Autorin und Craniosacraltherapeutin Brigitte Meissner entwickelt. Auf der Webseite www.geburtsverarbeitung.ch oder kaiserschnitt.ch finden Sie weitere Informationen. In ihren Büchern findet jede Frau Passendes rundum die eigene Geburtsgeschichte: „Geburt, ein schwerer Anfang leichter gemacht“, “Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter“, „Geburtsgeschichten“ oder „Entspannte Babys, entspannte Eltern“.

9.3 Glossar

intrauterin	Als in utero, auch intrauterin (lateinisch, in der Gebärmutter), bezeichnet man Vorgänge, die innerhalb des Uterus stattfinden.
APGAR	Der Apgar-Score ist ein Punkteschema, mit dem sich der klinische Zustand von Neugeborenen standardisiert beurteilen lässt. Wurde 1952 von Virginia Apgar, Chirurgin und Anästhesistin, entwickelt.
Pars condylaris	Werden auch Condylen genannt: dies sind die Gelenkköpfe, mit denen das Hinterhauptsbein auf dem ersten Halswirbel sitzt.
Hippocampus	Ist ein Bestandteil des Gehirns und zählt zu den evolutionär ältesten Strukturen des Gehirns
Auton. Nervensystem	Das autonome (vegetative) Nervensystem ist jener Teil des menschlichen Nervensystems, der mit unserem Willen nicht direkt gesteuert und beeinflusst werden kann. Es regelt für uns wichtige Körperfunktionen (Atmung, Verdauung, Stoffwechsel, etc.) und gewährleistet deren zentrale Steuerung und ihr unmittelbares Zusammenwirken. Das geschieht mit Hilfe der beiden Zweige Sympathikus und Parasympathikus.
Sympathikusreaktion	Sympathikusreaktionen erhöhen das Adrenalin im Blut, rufen starkes Herzklopfen hervor und werden von mehr als zwanzig weiteren physiologischen Reaktionen begleitet. Der Blutstrom zieht sich aus den Verdauungsorganen und der Haut zurück und fliesst in die motorische Fluchtmuskulatur. Die Atmung wird schneller und flacher, die normale Speichelproduktion geht zurück. Die Pupillen weiten sich.
Parasympathikusreaktion	Parasympathikusreaktionen lassen die durch Sympathikusreaktionen gesteigerten physiologischen Reaktionen wieder sinken. Die Herzfrequenz nimmt ab, die Gefäße erweitern sich, die Atmung wird langsamer etc.