



in Kooperation mit der



Was verstehen Osteopathen unter einem Geburtstrauma?

**Abschlussarbeit zur Erlangung des Titels:
Bachelor of Science**

Vorgelegt von:

Anne Henle

1. Prüfer: Tina Thiel

Ehningen, 11.10.2016

Kurzfassung

Geburtstrauma ist in der Kinderosteopathie ein häufig vorkommendes Wort. In der Literatur gibt es keine eindeutige Definition und es bestehen verschiedene Auslegungen. Häufig ist von einem Geburtstrauma die Rede, wenn es zu medizinischen Interventionen kam.

In der vorliegenden Studie wird der Fragestellung: „Was verstehen Osteopathen unter einem Geburtstrauma?“ nachgegangen. Vier Experten wurden mit einem Leitfaden gestütztem Interview befragt. Anschließend wurden die Interviews transkribiert und mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse bewertet.

Es existiert tatsächlich eine einheitliche Meinung unter Osteopathen. Die befragten Osteopathen formulierten ihr Verständnis über Geburtstrauma jedoch unterschiedlich. Ein Geburtstrauma ist möglich, wenn die Geburt nicht physiologisch verläuft. Allerdings muss es nicht unbedingt ein Trauma sein, wenn das Kind eine gute Kompensationsmöglichkeit hat. Die Art der Definition ist vor allem von der jeweiligen Philosophie der Osteopathie abhängig.

Schlagwörter: Geburtstrauma, Definition, Geburt, Trauma, Osteopathie

Abstract

Birth trauma is a common word in the pediatric osteopathy. But no clear definition can be found in the literature and various interpretations exist. A birth trauma is most commonly mentioned in combination in case of medical interventions.

In the present study, the question is: "What do osteopaths mean when referring to birth trauma?". Four experts were interviewed, using the method of guided interviews. Subsequently, the interviews were transcribed and evaluated by means of qualitative content analysis.

In summary, there is a common opinion among osteopaths. But the osteopaths formulated their understanding of birth trauma individually. A birth trauma is possible, if the birth itself does not proceed physiologically. However, it is not necessarily a trauma when the child has a good possibility of compensation. The type of definition depends mainly on the particular philosophy of osteopathy.

Keywords: Birth trauma, definition, birth, trauma, osteopathy

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungsverzeichnis	V
II.	Tabellenverzeichnis.....	V
III.	Abkürzungsverzeichnis	VI
IV.	Danksagung	VII
1	Einleitung	1
2	Hintergrund	3
	2.1 Trauma als Definition	3
	2.2 Schulmedizinische Sichtweise eines Geburtstraumas	3
	2.3 Osteopathische Sichtweise	4
	2.3.1 Körperliche Geburtstrauma	4
	2.3.2 Seelische Geburtstrauma	10
	2.4 Psychotherapeutische Sichtweise	11
3	Fragestellung	14
4	Methodik.....	15
	4.1 Studientyp.....	15
	4.2 Untersuchungsmethode.....	15
	4.2.1 Auswahl der Interviewpartner	16
	4.2.2 Organisation und Durchführung der Befragung	16
	4.2.3 Ablauf der Analyse.....	17
5	Ergebnisse	21
	5.1 Definitionsmöglichkeiten	21
	5.1.1 Unterteilung	22
	5.1.2 Pränataler Einfluss.....	23
	5.2 Ursachen	24
	5.3 Symptome.....	25
	5.4 Umfang.....	26
	5.5 Betroffene	27
	5.6 Diagnostik	27
	5.7 Behandlung.....	28
6	Diskussion	31
	6.1 Diskussion der Methodik.....	31
	6.2 Diskussion der Ergebnisse	33

7	Schlussbetrachtung	35
8	Literaturverzeichnis.....	36
Anhang A	Einladungsschreiben	37
Anhang B	Interviewleitfaden	38
Anhang C	Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2014) aus (Fuß & Karbach, 2014)	39
Anhang D	Codebuch	41
	Konformitätserklärung.....	44

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016)	18
--	----

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategoriensystem	19
-----------------------------------	----

III. Abkürzungsverzeichnis

ANS = Autonomes Nervensystem

HRV = Herzratenvariabilität

LWS = Lendenwirbelsäule

PDA = Periduralanästhesie

SSB = Synchondrosis sphenobasilaris

IV. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Betreuerin, Frau Tina Thiel, für die intensive Betreuung, außerordentlich große Geduld und oftmals sehr kurzfristige Beantwortung von Fragen bedanken. Ohne Ihre wiederholten Ermutigungen wäre diese Arbeit niemals entstanden.

Ein großes Dankeschön möchte ich den interviewten Personen widmen, die sich die Zeit genommen und mir meine Fragen in einer sehr ausführlichen und ruhigen Art und Weise beantwortet haben. Alle sind viel beschäftigte Osteopathen und haben dennoch ein Interview möglich gemacht. Jedes dieser Interviews hat meine Art der osteopathischen Philosophie enorm erweitert und wird meine Arbeit weiterhin prägen. Es war mir ein sehr großes Vergnügen, sie persönlich kennenzulernen und zu interviewen.

Weiterhin möchte ich mich bei meinem Mann für sein Verständnis, seine immense Geduld, seiner mentale Unterstützung und seiner Hilfe in den letzten Monaten bedanken.

Zum Schluss möchte ich mich bei meinen Freunden und meiner Familie für Ihre Unterstützung bedanken!

1 Einleitung

Seit den ersten Stunden meines Osteopathieunterrichts beschäftige ich mich mit dem Thema des Geburtstraumas. In einigen Seminaren fiel dieses Wort immer wieder. Ich gewann verschiedene Sichtweisen, Möglichkeiten der Ursache, der Symptome und der Behandlung. Jedoch blieb es für mich unklar, was ein Geburtstrauma auszeichnet, damit es als solches definiert werden kann. Fragte ich Dozenten, erhielt ich zwar ausgiebige Antworten, jedoch teilweise sehr verschiedene Ansichten und so blieb für mich auch weiter eine eindeutige Definition unklar. Unterhielt ich mich mit Patienten über das Thema kamen weitere Aspekte hinzu, die mir ebenfalls als sehr wichtig erschienen. Zum einen, dass die Patienten oft über eventuelle Ursachen eines Geburtstraumas gar nicht informiert worden waren und zum anderen, dass die Mütter oftmals selbst ebenfalls ein Geburtstrauma erlitten hatten.

Auf der Suche nach mehr Informationen fand ich viel Interessantes in der prä- und perinatalen Psychotherapie. Dank einiger namenswerter Forscher wie Otto Rank, Nandor Fodor, Gustav Hans Graber und Alessandra Piontelli gibt es hier schon gute Nachweise. Durch das persönliche Kennenlernen mit dem Pränatalpsychologen Terence Dowling vor einigen Jahren, habe ich unglaublich viel lernen dürfen und über vieles inzwischen eine andere Sichtweise gewonnen. Durch ihn ist meine eigene bisherige Entwicklung stark geprägt worden und ich danke ihm von Herzen für alles was ich für mich heilen und von ihm lernen durfte.

Ziel dieser Studie ist es herauszufinden ob es ein einheitliches Verständnis über den Begriff Geburtstrauma unter Osteopathen gibt um die Terminologie in Zukunft eindeutiger verwenden zu können.

In Kapitel 2 werden zunächst die bisherigen Nachweise in der Literatur beschrieben. Aus dem vorhandenem theoretischen Wissen wird anschließend in Kapitel 3 die Fragestellung abgeleitet. Die verwendete Methode wird in Kapitel 4 beschrieben. In Kapitel 5 finden sich die Ergebnisse mit einigen aussagekräftigen Zitaten. Kapitel 6 beinhaltet die Diskussion der gewählten Methode und der Ergebnisse. Die Schlussfolgerung dieser Studie findet sich in Kapitel 7. Im Anhang ist das Einladungsschreiben, der Interviewleitfragen, die Transkriptionsregeln und das Codebuch.

Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form benutzt. Es können dabei aber sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sein.

2 Hintergrund

Dieser Abschnitt soll grundlegende Information über die vorhandene Literatur von Geburtstraumata aufweisen. Sie wird aufgegliedert in die Fachbereiche Schulmedizin, Osteopathie und Psychotherapie um ein umfassendes Bild dieses Begriffs zu erhalten.

2.1 Trauma als Definition

Ein Trauma wird auch als Verletzung bezeichnet. Dies kann körperlich zum Beispiel durch eine Wunde oder psychisch bei erheblicher seelischer Belastung und/oder bei unzureichender Bewältigungsstrategie der Fall sein. (Pschyrembel, 2002)

2.2 Schulmedizinische Sichtweise eines Geburtstraumas

In der Schulmedizin wird das Wort Geburtstrauma selten verwendet. Meist wird entweder von einer regelwidrigen (nicht normal verlaufenden), pathologischen Geburt oder von Geburtsschäden/-verletzungen gesprochen.

Unter einer regelwidrigen oder pathologischen Geburt wird je nach Autor

- eine regelwidrige Geburtsdauer, meist eher eine protrahierte Geburtsdauer, aber auch Sturzgeburt
- eine regelwidrige Schwangerschaftsdauer: kürzer als die 37. oder länger als die 42. Schwangerschaftswoche
- eine regelwidrige Haltungseinstellung, zum Beispiel eine Beckenend- oder -querlage
- Störungen der Wehentätigkeit

bezeichnet.

Es kann bei schweren Geburten, welche auf manuelle oder operative Hilfe angewiesen sind, zu Geburtsschäden durch Druck, Quetschungen oder Zerrungen kommen. Möglich sind sofort sichtbare Schäden an der Körperoberfläche und Verletzungen in der Tiefe. Zu Geburtsschäden zählen Frakturen (beispielsweise der Clavicula), Lähmungen (N. fasialis oder N. phrenicus), intrakranielle Blutungen, ein Caput succedaneum und das Kephalhämatom. (Palitzsch, 1990)

Oben genannte Geburtstraumata sind auch bei normalen Geburten möglich. (Goerke, 2011)

2.3 Osteopathische Sichtweise

Geburtstraumata werden osteopathisch in prä-, peri- und postnatale Traumata unterteilt. Behandelt werden in dieser Studie ausschließlich perinatale Traumata. Gibt es Abweichungen vom normalen Verlauf einer Geburt wird sie als regelwidrig bezeichnet. Das bedeutet, dass es entweder bei der Mutter oder bei dem Kind zu einer Dysfunktion kommt. Verläuft die Geburt mit einer Schädigung von Mutter oder Kind, wird sie als pathologisch bezeichnet. (Neumann, 2012)

2.3.1 Körperliche Geburtstrauma

2.3.1.1 Allgemeines

Viele Mütter berichten, dass sie eine normale Geburt hatten. Fragt man genauer nach, wird oft berichtet, dass nach normalen Wehen es doch vielen zu langsam vorwärtsging. Oftmals werden in solchen Situationen wehenfördernde Medikamente eingesetzt und aufgrund heftiger Schmerzen kommt häufig zusätzlich eine PDA (Periduralanästhesie) hinzu. Unter Umständen kann die Mutter nun nicht mehr gut mitarbeiten oder das Kind senkt sich nicht ausreichend. Folgen sind der Einsatz des Kristeller-Handgriffes, einer Saugglocke oder Zange bis hin zum Kaiserschnitt.

Dieses fortschreitende Eingreifen beschreibt eine Entstehung für ein Geburtstrauma. Vor allem der Kopf, die Halswirbelsäule, der Nacken und der Schulter-Arm-Bereich sind häufig betroffen. (Ritter, 2014)

Eine Definition zu einem Geburtstrauma gibt es nicht, allerdings kann es durch viele Möglichkeiten zu einem Trauma während des Geburtszeitpunktes kommen. In der osteopathischen Untersuchung kann es zur verringerten Beweglichkeit und/oder asymmetrischen Bewegungen im Kopf und Körper kommen. Zur axialen Stauchung entlang der Wirbelsäule kann es schon während einer normalen Geburt kommen, vor allem sind C0/C1, BWS, L5 und Os sacrum betroffen. Besonders ausgeprägt können diese Muster und kraniale Asymmetrien nach sehr starken Wehen sein. (Möckel & Noori, 2009)

Leichte und diskrete Geburtstraumata sind nicht immer als Lähmungen, Deformation oder körperliche Behinderung erkennbar. Größere intellektuelle Ausfälle sind nicht zu erkennen. Oftmals kommt es nur zu hochgradigen Ablenkbarkeit, persistierende unwillkürliche Aufmerksamkeitsstörungen und unruhig wirkende Psychomotorik. Diese Probleme treten meist ab dem 10. Lebensjahr auf. (Lomba, 2005)

2.3.1.2 Pränataler Einfluss

Die Pränatalzeit und die Umgebung in die das Kind hineingeboren wird, haben einen enormen Einfluss darauf, wie das Kind mit den einwirkenden Kräften umgehen kann. Sind diese beiden Faktoren optimal, können Kinder eine mechanisch anstrengende Geburt sehr gut kompensieren.

Entsteht ein Trauma wird der Organismus aus dem Gleichgewicht gebracht und es kommt zu Kompensationen. Danach entsteht wieder ein Gleichgewichtszustand, welcher aber unflexibler ist und mehr Energie verbraucht. Die Pränatalzeit bestimmt vermutlich größtenteils, wie die Perinatalzeit erlebt wird und ein eventuelles Geburtstrauma verarbeitet werden kann. Es kommt in der osteopathischen Praxis häufig vor, dass eine relativ traumatische Geburt ohne große strukturelle oder funktionelle Einschränkungen überstanden wird. Dies kann möglich sein, wenn die Kinder intrauterin und postnatal einen Austausch mit ihrer Umwelt hatten. Die Kinder hatten noch kein pränatales Trauma und haben somit die volle Kompensationsmöglichkeit. Kam es zu einem pränatalen Trauma, kann eine minimale Asymmetrie nach einer relativ undramatischen Geburt problematisch werden und Schwierigkeiten in der Kompensation machen. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.1.3 Schädeltrauma

Das Gehirn von ungeborenen und kleinen Kindern formt sich noch stark. Deshalb sind sie besonders anfällig für ein Trauma. Für Kinder sind sie vielleicht die erste Erfahrung. Daher sind frühe Erfahrungen so prägend. Die primäre Erfahrung bestimmt die Grundorganisation. (Möckel & Noori, 2009)

Der kindliche Schädel (vor allem die Membranqualität) hat eine enorm hohe Anpassungsfähigkeit. Es kommt jedoch zu Deformierung der viskoelastischen Gewebeeigenschaften wenn die Grenze der Belastung erreicht ist. Man geht davon aus, dass dies zur Verspannungen an der Schädelbasis führt. In der Synchondrosis sphenobasilaris (SSB) liegt der Ursprung für solche Spannungsmuster. Am Neugeborenen Schädel bildet die SSB, welche mit dem C1 verbunden ist, das einzige echte Funktionsgelenk. Es wird deswegen als Fulcrum bezeichnet, um welchen kraniale Spannungen des Gewebes auftreten. Gesichtsasymmetrien, eine leichte Kopfschiefhaltung oder Eindellungen der Schädelkalotte sind meist mit bloßem Auge zu erkennen.

Tritt der Kopf am Damm durch, bildet das Hinterhaupt den Schädeldrehpunkt. Eine Übertragung auf das obere Kopfgelenk findet durch das tatsächliche Drehmoment statt. Wird es nicht verkraftet, kann dies Auswirkungen auf die lateralen Knochen, das obere Kopfgelenk und die Kondylen haben.

Innerhalb weniger Stunden nach der Geburt normalisieren sich physiologische Schädeldeformierungen. Zu einer starken Deformierung des Schädels kommt es häufig durch lang anhaltende Wehentätigkeit. Gesichtssymmetrien, Hämatome und Abrasionen können zusätzlich entstehen und die Schädelbasisbeweglichkeit einschränken.

Zu einer Knochendeformierung kommt es, wenn die Schädeldeformierung bis über den ersten oder zweiten Tag hinausreicht.

Ein Schiefhals kann durch Einblutung in den M. sternocleidomastoideus entstehen. Dies kann durch eine verzögerte Austreibungsphase, einer Schulterdystokie oder einer assistierenden Geburt der Fall sein. Es entwickelt sich ein Hämatom oder eine sichtbar und tastbare Schwellung. Folgen sind Fibrosierungen oder Muskelverkürzungen. (Carreiro, 2011)

2.3.1.4 Beckenendlage

Kinder in Beckenendlage haben ein höheres Risiko für geburtshilfliche Traumata. Sie haben häufig ein intraossäres Kompressionsmuster des Beckens, manchmal auch eine starke LWS-Lateralflexion. Im Gesicht und am Schädel findet man ein ringförmiges Kompressionsmuster mit intraossären Dysfunktionen und ein aufgeblasenes Gefühl im Flüssigkeitsfeld des Kraniums. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.1.5 Kristeller-Handgriff

Wird bei einer Geburt der Kristeller-Handgriff angewendet, wird hierbei das noch ungeborene Kind aus dem Bauch von außen runter- bzw. rausgedrückt. Diese Kinder zeigen häufig eine Stauchung der Halswirbelsäule und des Kopfes. Das Nervensystem wird durch die Stauchung belastet. (Ritter, 2014)

Zudem kann der Hirndruck ansteigen, wenn ein zu großer Druck auf den kindlichen Kopf ausgeübt wird. Dies kann Hirnblutungen mit neurologischen Folgen verursachen. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.1.6 Verkürzte Geburtsdauer

Während der Geburt wird durch den fortschreitenden Prozess Teile des Liquors und teilweise auch ein Anteil des venösen Blutes vom Kranium in den Körper gedrückt. Bei einer sehr schnellen Geburt kann es zu einer traumatisch bedingten Membranträchtigkeit kommen, wenn die Flüssigkeit gegen die Membran drückt und die Veränderung der intrakraniellen Flüssigkeitsbalance nicht möglich ist. Häufig findet man eine reduzierte Liquorfluktuation und die unwillkürliche Bewegung der Membranen ist eingeschränkt. Es kommt zum exzessiven Schreien, schlechtem Schlaf und einem Reizzustand des Säuglings. (Möckel & Noori, 2009)

Weitere Symptome sind ein Überstrecken, unruhige Rückenlage und einem schlechtem Trinkverhalten. (Ritter, 2014)

2.3.1.7 Medikamenteninduziertes Geburtstrauma

Werden Medikamente während der Geburt verabreicht, wird fast jedes davon auch das Kind erreichen und die Selbstheilungskräfte im kindlichen Gewebe hemmen. Die Darmflora kann durch die Gabe von Antibiotika beeinträchtigt sein. Analgetika während der Geburt scheinen einen Einfluss auf das Bonding und die Erholung der Neugeborenen nach der Geburt zu haben.

Es kann nach der Gabe von Opiaten, welche bei starken Wehenschmerzen gegeben werden, zu Atemdepressionen, einem erschwerten neuroadaptiven Verhalten des Neugeborenen und zu weiteren subtilen Nebenwirkungen kommen. Ebenfalls kann es zu Störungen bei dem differenzierten Entfaltungsprozess des Körpers nach der Geburt, der Start der Lungenatmung und der Koordination der Primäratmung mit allen Systemen („First Breath“) kommen, welche auch durch mechanisch bedingte Stressmuster entstehen können. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.1.8 Frühgeburt

Kommt es zu einer Frühgeburt wird der Säugling direkt nach der Geburt meist medizinisch versorgt und das Bonding entfällt. Es kommt zudem häufiger zu Gelbsucht. Auf den Intensivstationen werden Interventionen wie Absaugen, Beatmen, Legen von Infusionen usw. durchgeführt, welche zwar notwendig sind, aber für das Kind eine unangenehme Prozedur mit Angst und Erstickungsgefühlen bedeutet.

Nach einer Beatmung kann es zu einer bronchopulmonalen Dysplasie beim Kind kommen. Osteopathisch findet man zudem Restriktionen im Bronchial- und Lungenbereich, zusätzlich auch noch im Pharynx- und Larynxbereich.

Hirnblutungen kommen zudem bei Frühgeborenen vor der 32. Schwangerschaftswoche häufig vor.

Die Spontanmotorik ist verlangsamt und es finden sich asymmetrische Spannungsmuster, welche nicht gut selbst korrigiert werden können. Die Spannungsmuster entstehen durch die mechanischen Stressfaktoren bei den noch sehr weichen Knochen der Frühgeborenen. Der Schock, ein ungenügender „First Breath“ und die Verarbeitung von Medikamenten sind mögliche Gründe für die nicht ausreichende Selbstheilung.

Kommt es zu einer länger andauernden Nahrungsaufnahme durch die Sonde, findet man später Bewegungseinschränkungen im Mediastinum. Eine verzögerte Sprachentwicklung kann ebenfalls eine Folge sein. Eine Nasensonde führt zu unrhythmischen Atemmustern. Ebenfalls kann eine lang andauernde Ernährung durch die Sonde Essstörungen bewirken.

Probleme mit der ganzheitlichen Informationsverarbeitung haben ein Drittel der vor der 32. Schwangerschaftswoche geborenen Kinder. Zusätzlich kommt es häufig zu grobmotorischen Störungen, sowie Verhaltens- und Konzentrationsstörungen. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.1.9 Saugglockengeburt

Bevor eine Saugglocke eingesetzt wird, wurden in der Regel schon andere Maßnahmen ergriffen, wie zum Beispiel wehenfördernde Medikamente, eine PDA oder der Kristeller-Handgriff.

Das bedeutet, dass oftmals zuerst die Halswirbelsäule gestaucht und anschließend auseinandergezogen worden ist. Folgen sind eine Verspannung der Nacken- und Kaumuskulatur. Durch den 10. Hirnnerv (N. vagus) wird die Funktion des Magens beeinflusst. (Ritter, 2014)

Störungen der Membran- oder Weichteile im kranialen Bereich entsteht häufig durch den Einsatz der Saugglocke. Ein Kephalthämatom wird durch Kompressions- oder Scherkräfte im Schädelbereich hervorgerufen. Bei allen protrahierten Geburten kann ein Caput succedaneum oder ein Kephalthämatom entstehen, auch bei Geburten ohne

den Einsatz von Zange oder Saugglocke. Kephalhämatome kommen jedoch häufiger seit der Einführung der Saugglocke vor. (Carreiro, 2011)

Ausgeglichen wird ein Hämatom meistens durch eigene Membranregulation. Es kommt zu Stress mit vegetativer Fehlregulation (Unruhe, Erbrechen, Schlafstörungen, Kopfschiefhaltungen, Schädelasymmetrien) wenn es zu einer bleibenden Restriktion kommt. (Lomba, 2005)

Ebenfalls findet man Asymmetrien am Kopfbereich. Osteopathisch findet man meistens innerhalb des Flüssigkeitsfeldes eine Verschiebung. Der Kopf und der obere Teil des Thorax sind prall gefüllt, während eine Leere im unteren Körper herrscht. Durch den Sog kommt es zu einem membranösen Ungleichgewicht mit einem starken faszialen Zugmuster. Durch die verlängerte Geburt ist meistens entlang der longitudinalen Körperachse eine Stauchung vorhanden. Es können Stressmuster entstehen. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.1.10 Zangengeburt

Der Einsatz einer Zange, kann bei geübten Geburtshelfern ein nützliches Werkzeug sein. Trotzdem wird eine Kompression auf den kindlichen Schädel ausgeübt und führt oft zu komplexen kranialen Spannungs-/Stressmustern, zusätzlich zu einer SSB-Kompression und durch vertikale oder laterale Scherkräfte zu einer Torsion oder einer Lateralflexion-Rotation. Bevor die anderen Muster behandelt werden, muss zuerst die Kompression behandelt werden, um eine gewisse Beweglichkeit zu erreichen. Wird eine Zange bei der Entbindung verwendet, ist der N. fascialis besonders gefährdet. Der Proc. mastoideus, welcher einen geringen seitlichen Schutz bei Erwachsenen bildet, ist noch nicht ausgereift.

Kommt es zu einer Fazialislähmung bei einem Neugeborenen, treten beim Schreien Gesichtasymmetrien (Mund weicht von der betroffenen Seite ab) und/oder Saugschwierigkeiten beim Stillen auf. (Carreiro, 2011)

Asymmetrien der Schädelbasis entstehen durch die verlängerte Geburtsdauer und werden durch die Zange noch verstärkt. Typisch ist ein superiorer Strain der SSB. An den Ossa temporalia kann es zu einem intraossären Strain kommen.

Ebenfalls findet man häufig eine starke Zwerchfellspannung durch reaktive Anspannung auf den Zug. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.1.11 Kaiserschnitt

Wenn nach Beginn der Wehen ein Kaiserschnitt durchgeführt wird, kommt das Kind aus dem kontrahierendem Uterus mit viel Hochdruck in eine Umgebung mit niedrigem Druck. Durch diese plötzliche Veränderung kommt es zu einem Rebound-Effekt im Gewebe. Am häufigsten findet man dies als straffes Gewebe im Kopf-, Hals- und Thorakalbereich und zeigt klinische Zeichen einer Fazilitation. (Carreiro, 2011)

Kinder, die durch einen Kaiserschnitt auf die Welt gekommen sind, zeigen fast immer eine Störung der Sensomotorik. Ursache ist vermutlich, dass das Baby sofort dem atmosphärischen Druck ausgesetzt wird. Der physiologische Prozess, dass durch die Presswehen ein Druck am Schädel entsteht, dem die Suturen und die Rezeptoren standhalten müssen, fehlt. (Lomba, 2005)

Direkt nach einer Kaiserschnittgeburt leiden ungefähr 6% der Kinder an einem Atemnotsyndrom. Eine Ursache könnte sein, dass bei einer geplanten Sectio der Katecholaminspiegel durch fehlende Wehentätigkeit verringert ist. Dieser hilft, sich an die Außenwelt anzupassen und aus der flüssigen Umgebung einen guten Übergang in den Einflussbereich der Schwerkraft zu finden. Weitere Gründe für das Atemnotsyndrom können die Plötzlichkeit der Geburt und das fehlende Herausdrücken des Fruchtwassers aus den Lungen, durch den Druck im Geburtskanal, sein. Probleme mit der Integration von Lungen- und Primäratmung sind somit ein häufiges Problem.

Wurde zusätzlich eine Intubationsnarkose verwendet, gehen die Narkosemittel in das Kind über. Es kommt zur Reduzierung der Vitalität und die Fähigkeit körperliche Muster aufzulösen ist eingeschränkt.

Osteopathisch findet man Kompressionsmuster vor allem am Kopf, als auch am Körper. Der „First Breath“ wird nicht integriert, weshalb es vor allem im thorakalen Bereich zu Integrationsstörungen kommt. Durch den festen Zug, mit welchem das Kind aus dem Uterus gezogen wird, kann es zu Symmetriestörungen am Nacken kommen. (Möckel & Noori, 2009)

2.3.2 Seelische Geburtstrauma

Kommt es während der Schwangerschaft oder der Geburt zu einem emotionalen Trauma kann dies lebenslange Auswirkungen haben. Auch körperliche Geburtsmuster bleiben oftmals nicht ganz aufgelöst. (Möckel & Noori, 2009)

Psychische Folgen kann eine eingeleitete Geburt mit Medikamenten haben, da normalerweise die Geburt hormonell vom Kind eingeleitet wird. Es kommt zur Unterbrechung des natürlichen Geburtsrhythmus durch Einleitung oder Beschleunigung. Verwirrung, Angst, Unterbrechung und Vereinnahmung sind Gefühle die das Kind dadurch bekommen kann und tief geprägt sind. Kommt es später zu Lebenssituationen, die symbolisch einer Geburt entsprechen, können solche Geburtserinnerungen/-erfahrungen aktiviert werden. Dies wird symbolische Aktivierung genannt. Um aus der Vergangenheit ein traumatisches Erlebnis in die Gegenwart zu bringen, um sich davon zu befreien, werden Ereignisse unbewusst inszeniert. Man spricht von einer Rekapitulation. (Möckel & Noori, 2009)

Das Bindungsverhalten bei Kindern ohne Anästhetika ist größer gegenüber den Kindern mit Anästhetika während der Geburt. Wurde später Anästhetikum gegeben konnte sogar ein psychischer Schock ausgelöst werden. (Janus & Haibach, 1997)

Sind die Kinder während der Geburt jedoch ernsthaft in Gefahr, schwächen sich die am stärksten traumatisierenden Erfahrungen teilweise ab. Das Gefühl von Schutz, Hilfe und Rettung überwiegt dann. (Möckel & Noori, 2009)

2.4 Psychotherapeutische Sichtweise

Trauma ist etwas, was die Psyche mit negativen Erfahrungen überschwemmt und unmittelbar abgelehnt wird (zum Beispiel intensiver seelischer Schmerz, seelische Verletzung und/oder Schock). Traumatische Erfahrungen werden durch die Abwehrreaktion unbewusst.

Es gibt zwei Ursachen für ein Geburtstrauma (Emerson, 2012):

- Traumatische Zwischenfälle und die Reaktion des Babys auf diese. Kommt es beispielsweise zu einer Nabelschnurumschlingung und möglicherweise zu einer verminderten Sauerstoffversorgung, ist ein Trauma sehr wahrscheinlich. Das Ausmaß hängt allerdings von der Reaktion des Babys ab.
- Partizipationstrauma: Dieses entsteht, wenn das Baby den Geburtsstress der Eltern durch die Nabelschnur mitbekommt. Kommt es zu Ärger, Befürchtungen oder Ängsten während der Geburt kann die Therapie nur soweit Erfolg haben, wie die Eltern bereit sind mitzuarbeiten.

Prä- und perinatale Psychologie und Medizin haben durch intensive interdisziplinäre Forschungsarbeit gezeigt, dass die Schwangerschaft, Geburt und die ersten Monate

immens wichtig für spätere Entwicklungen sind. Zudem wurden durch viele empirische Arbeiten gezeigt, dass die menschliche Entwicklung epigenetisch verläuft.

Vor allem intrauterine Erlebnisse und Geburtserlebnisse sind laut neusten Forschungen sehr prägend und können teilweise wieder erlebt werden. Zum Beispiel können allererste Trennungserlebnisse bei der Geburt in Kombination mit einer Reise, einer Scheidung, einem Autounfall oder ähnliches wieder hoch kommen und sich in Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Muskelspannungen, Atemnot, Herzklopfen, Kreislaufstörungen, Panik- und Angstanfällen, merkwürdige Kälte-, Hitze- und Schmerzempfinden, Licht- und Lärmempfindlichkeit, Essstörungen, Bauchschmerzen, Gefühle von Ohnmacht, Allein- und Verlassensein, Hoffnungslosigkeit, Gefangen- und Ausgeliefertsein äußern.

Das auslösende Ereignis erklärt jedoch nicht die Stärke und die Eigenart der psychosomatischen Symptome.

Seit langem ist klar, dass es kein allgemeines Geburtstrauma gibt. Es ist abhängig von dem Schweregrad des Traumas und wie gut die Kinder mit Stress konstitutionell umgehen können. (Liem, Schleupen, Altmeyer, & Zweedijk, 2012)

Ein sehr starkes Geburtstrauma liegt bei 45% der Kinder vor. Diese benötigen eine spezielle Behandlung. Weitere 50% leiden unter einem leichten bis mäßigen Trauma. Leichte Geburtstrauma können Kinder in der Regel verarbeiten.

Wenn Babys zwei bis sechs Stunden am Tag schreien, gilt das unter Ärzten als normal. Jedoch schreien Babys ohne Geburtstrauma nur 20 Minuten im Durchschnitt und das vor allem, um Bedürfnisse oder Unbehagen auszudrücken.

Es gibt viele Gründe für die hohe Anzahl von Geburtstraumata. Dazu zählen die Industrialisierung, die steigende Bedeutung und Nutzung von Technologien, die Zunahme pränataler Traumatisierung (fetales Alkoholsyndrom, fetaler Drogenkonsum, unerwünschte Schwangerschaft, pränatale Misshandlung und andere Traumata). Es wurde nachgewiesen, dass pränataler Stress, die Inzidenz von Geburtstraumata erhöht. Es kommt bei pränatalen Traumata zu einer Aktualisierung und sie beeinflussen ihre Wahrnehmung und Erfahrung. So ist es möglich, dass es bei einer Geburt, bei der objektiv keine Gründe für eine Traumatisierung erkennbar sind, dennoch zu einem Trauma kommt.

Durch unbewusste Persönlichkeitsanteile (in der Psychologie werden diese als Schatten bezeichnet), werden die Wirkungen der geburtshilflichen Eingriffe vermittelt. Der Schatten, welcher aus Gedanken, Gefühlen, Einstellungen, Erinnerungen und Überzeugungsmustern im Unbewusstsein besteht, kann ins Bewusstsein kommen, wenn es durch Funktionsstörungen, Verzweiflung und/oder Disharmonie eine Exploration der inneren Welt kommt.

Es kann in bestimmten Lebenssituationen zu einer Aktivierung der Geburtserinnerungen und -erfahrungen kommen. Ist beispielweise durch das „Fortschreiten“ im Geburtskanal ein Trauma entstanden, kann es später zur Aktivierung kommen, wenn es um Fortschritte, möglicherweise eine Beförderung, geht. Kommt es zu einem zu schnellen Geburtsvorgang, beispielweise durch einen geplanten Kaiserschnitt oder einer Sturzgeburt, kann dies für das Kind traumatisch sein. Das Kind erleidet einen Schock, welcher sich in einer erhöhten Beckenspannung zeigt. (Liem, Schleupen, Altmeyer, & Zweedijk, 2012)

Bei Kaiserschnittgeburten kommt es zu einem psychischen Schock. Wird dieser Schock nicht integriert, kann er lebenslang in bestimmten Situationen aktiviert werden. (Janus & Haibach, 1997)

Typische Charakteristika von Kaiserschnittgeburten sind ein anderes Raumgefühl und Schwierigkeiten beim Erkennen von Grenzen (auch die eigenen Grenzen). Diese gibt es natürlich auch bei anderen Menschen, sind aber weitaus häufiger bei Kinder mit Kaiserschnittgeburten. (Janus & Haibach, 1997)

3 Fragestellung

In dem Hintergrundabschnitt wurde ausführlich verschiedenste Literatur dargestellt. Es zeigt sich hier, dass eine ganz eindeutige Definition des Wortes Geburtstrauma nicht existiert. Es gibt zahlreiche Hinweise und Studien, dass die pränatale Zeit und die Geburt, das Leben danach beeinflussen. Weiter bestehen viele Theorien, wie ein Geburtstrauma entstehen könnte und welche Folgen es haben kann. Jedoch finden sich in der Literatur verschiedene Sichtweisen, wie es der Autorin auch während ihrer Ausbildung und im Alltag begegnet ist. Häufig wird das Wort „Geburtstrauma“ relativ unüberlegt verwendet und die Bedeutung ist oftmals nicht klar. Je nach Arbeitsweise der Osteopathen scheint die Interpretation unterschiedlich zu sein. Ist es möglich eine Definition dieses Wortes zu finden? Für eine bessere bzw. exaktere Kommunikation unter den Osteopathen, aber auch gegenüber Patienten, wäre es wünschenswert ein einheitliches Verständnis für diesen Begriff zu finden. Deswegen ergibt sich für diese Studie die Fragestellung: Was verstehen Osteopathen unter einem Geburtstrauma?

4 Methodik

In diesem Abschnitt wird zunächst der Studientyp und dessen Grundlagen und Vorbereitungen definiert. Anschließend wird konkret auf den Ablauf der einzelnen Schritte eingegangen, welche notwendig waren um die Zusammenhänge der einzelnen Interviews herauszustellen.

4.1 Studientyp

Diese Studie ist als eine qualitative Interviewstudie einzuordnen, welche auf einer qualitativen Inhaltsanalyse aufbaut.

4.2 Untersuchungsmethode

Qualitative Daten lassen sich auf unterschiedliche Weise auswerten. Insbesondere Mayring hat die qualitative Inhaltsanalyse im deutschsprachigen Raum geprägt. Er selbst beschreibt acht verschiedene qualitativ-inhaltsanalytische Techniken. (Mayring, 2010)

Wichtig für die Auswahl der Untersuchungsmethode war, dass die zugrunde gelegten Texte selbst und somit auch die inhaltlichen Aussagen erhalten bleiben und mit in die Aufbereitung und die Ergebnispräsentation mit einfließen können. Dazu wurde die Untersuchungsmethode beschrieben von Kuckartz (Kuckartz, 2016) gewählt.

Kuckartz baut auf Mayrings Ansatz der klassischen Inhaltsanalyse auf, die Daten mit Hilfe von Kategorien zu analysieren. Dabei legt Kuckartz insgesamt mehr Wert auf die Analyse nach der Codierphase. Zudem wichtig sind eine möglichst nachvollziehbare Vorgehensweise und entsprechende Dokumentation der einzelnen Schritte, um die Vergleichbarkeit bei einer qualitativen Inhaltsanalyse herzustellen. Kuckartz allerdings ist offen für ein gemischt deduktiv-induktives Vorgehen, solange zumindest ein Teil der Kategorien oder Unterkategorien am Material entwickelt wurden, womit die Angleichung des Kategoriensystems an das Material gewährleistet ist.

Zentraler Bestandteil der Untersuchungsmethode ist die Strukturierung des Materials in Fälle und Kategorien, welche eine Matrix der inhaltlichen Strukturierung bilden. Diese kann dann zur genauen und nachvollziehbaren qualitativen Analyse und Interpretation herangezogen werden.

Innerhalb der Matrix kann in zwei Grundmethoden analysiert werden: Horizontal werden die Äußerungen einer Person betrachtet (fallorientiert), vertikal werden themenorientiert (kategoriebasiert) die Aussagen aller Personen zu einem bestimmten Thema verglichen und analysiert. Tiefgreifendere Analysen über mehre Zeilen und/oder Spalten werden ebenso möglich.

4.2.1 Auswahl der Interviewpartner

Die Suche nach den Experten verlief nach den folgenden Kriterien:

- Mindestens abgeschlossene Osteopathieausbildung, bestmöglichst auch eine Kinderosteopathieausbildung
- Mehrjährige Erfahrung in der Behandlung mit Säuglingen oder Kindern
- Ausübung einer Lehrtätigkeit
- Deutsche Sprache

4.2.2 Organisation und Durchführung der Befragung

Die Anfrage zum Interview verlief teilweise telefonisch, teilweise schriftlich. Das Einladungsschreiben hierzu ist im Anhang A zu finden. Insgesamt wurden 10 Personen angefragt. Nach einer Zusage erfolgte eine Terminvereinbarung vor Ort. In einem Einzelfall war kein gemeinsamer Termin vor Ort möglich, weswegen hier die Fragen schriftlich beantwortet wurden. Die Befragung der vier Osteopathieexperten wurde innerhalb von fünf Wochen durchgeführt.

Im Vorfeld wurden offene Fragen ausgearbeitet, die als Leitfaden im Interview dienen sollten. Der Interviewleitfaden ist im Anhang B zu finden. Dabei ist der Interviewleitfaden weniger als Frage-Antwort-Vorgabe zu sehen, sondern eher als Gedächtnishilfe und Orientierungsrahmen für den Fragenden. Dieser kann anhand des Leitfadens während des Gesprächs prüfen, dass alle Aspekte und Kategorien besprochen wurden. Damit wird die Vergleichbarkeit zwischen den Interviews sichergestellt. (Wrona, 2005)

Vor dem ersten Interview gab es einen Pretest mit einer Osteopathie-Kollegin per Telefon. Die Fragen wurden danach nochmal sorgfältig überdacht, aber nicht geändert.

Die Interviews (mit Ausnahme des schriftlichen Interviews) fanden persönlich in der Praxis oder in der Wohnung des zu interviewenden Experten statt und wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend anhand den

Transkriptionsregeln nach Kuckartz (siehe Anhang C) mit der Software f4transkript transkribiert.

Vor dem jeweiligen Interview wurde der Datenschutz mündlich besprochen. Im Anschluss an die Transkription fand bei den persönlichen und bei dem schriftlichen Interview die Anonymisierung statt. Sensible Daten wie Orte, Namen, Schulen, Jahreszahlen wurden alphabetisch anonymisiert, damit im Sinne des Datenschutzes keine Rückschlüsse auf die befragten Personen vorgenommen werden können. Eine Legende wird getrennt und gesichert aufbewahrt. Die persönlichen Interviews dauerten zwischen 35 und 55 Minuten und führten zu Dokumenten mit den Umfängen von 5.440 (Interview 3), 7.839 (Interview 4) und 9.034 Wörtern (Interview 1). Das schriftliche Interview 2 umfasst 2.613 Wörter. Nach Rücksprache mit den interviewten Personen wurden die Texte von Interview 3 und Interview 4 den jeweiligen Befragten noch einmal zur Überprüfung zur Verfügung gestellt. Hierbei wurden kleinere Korrekturen vorgenommen, bei denen lediglich Teile der Formulierungen abgeändert wurden, ohne dabei den Sinn der einzelnen Textstellen zu verändern.

4.2.3 Ablauf der Analyse

Nach der Transkription wurden die Interviews einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Diese wurde entsprechend den Schritten durchgeführt, welche Kuckartz in seinem Buch „Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung“ beschrieben hat und in Abbildung 1 dargestellt sind. (Kuckartz, 2016)

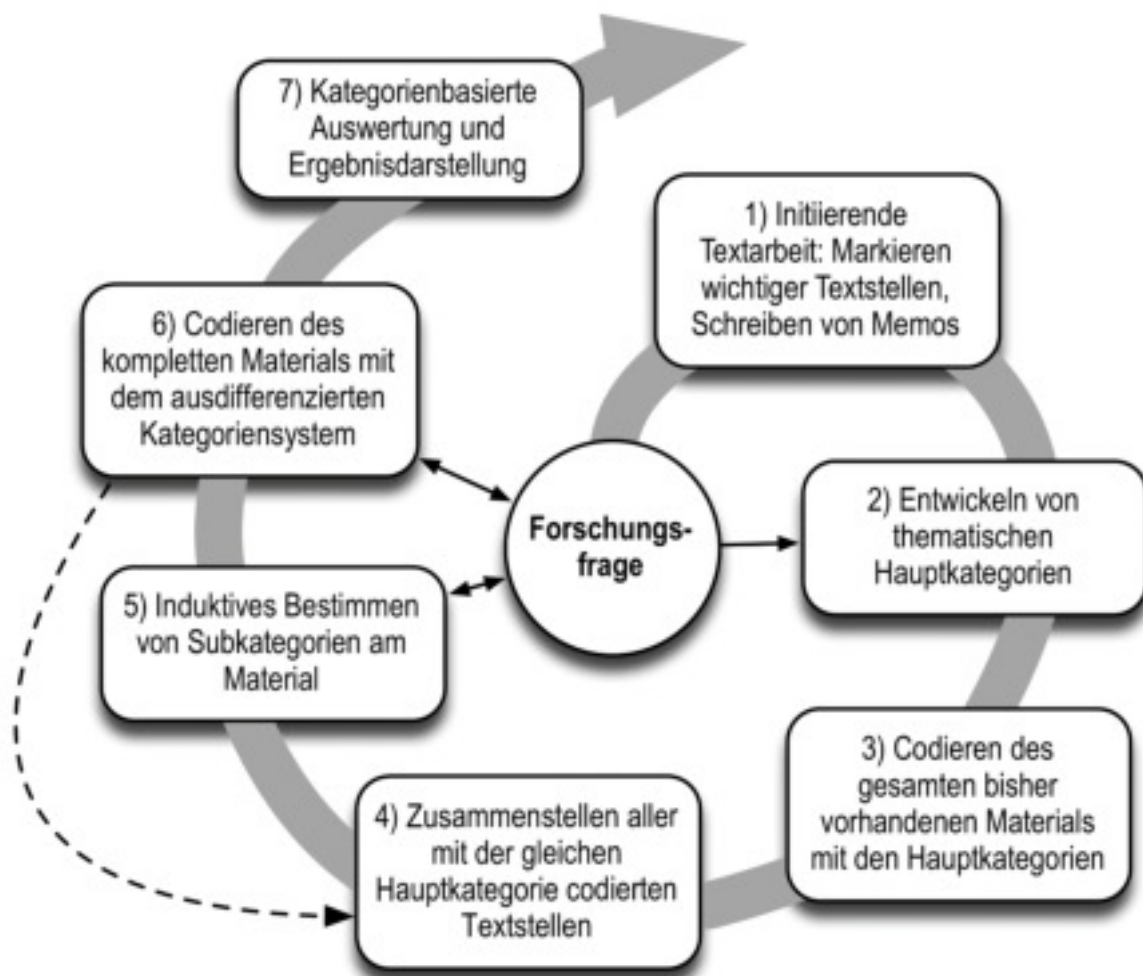


Abbildung 1: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016)

Das Vorgehen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse umfasst mehrere Phasen, die wie folgt beschrieben durchlaufen werden:

Phase 1 – Initiierende Textarbeit: Hier geht es darum, sich mit dem Material vertraut zu machen. Es umfasst das Markieren von wichtigen Textstellen und das Schreiben von Memos, um einen Überblick über das Material zu bekommen.

Phase 2 – Entwicklung von thematischen Hauptkategorien: Hauptkategorien werden zuerst deduktiv aus der Forschungsfrage und aus dem Interviewleitfaden abgeleitet. Diese können erweitert, abgeändert oder ergänzt werden durch die initiierte Textarbeit aus Phase 1.

Phase 3 – Erster Codierprozess: Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien: Codierung aller Texte, indem man relevanten Textabschnitten zu einer oder mehreren passenden Kategorien zuordnet. Voraussetzung ist, dass es eine

präzise Definition der Kategorien gibt. Wichtig hierbei ist, dass die Größe der Codiereinheit mindestens so groß sein sollte, dass der codierte Text auch ohne den umliegenden Kontext verständlich ist.

Phase 4 – Zusammenstellen aller mit der gleichen Kategorie codierten Teststellen: Hierbei wird ein Überblick über den Umfang der jeweiligen Kategorien verschafft, um diese im nächsten Schritt ggf. ausdifferenzieren zu können.

Phase 5 – Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material: Wo möglich werden die Hauptkategorien durch induktive Kategorienbildung, also aus dem Material heraus, ausdifferenziert.

Die Kategorien waren nach Phase 5 definiert wie folgt in Tabelle 1 zu sehen:

Tabelle 1: Categoriesystem

Kategorie	Häufigkeit der Codierung
1 Definitionsmöglichkeiten	30
1.1 Pränatale Beeinflussung	8
1.2 Unterteilung Geburtstrauma	12
2 Ursachen Geburtstrauma	35
3 Symptome Geburtstrauma	7
4 Umfang des Geburtstraumas	14
5 Betroffene des Geburtstraumas	10
6 Diagnostikmöglichkeiten	16
7 Behandlungsmöglichkeiten	18

Im Anhang D befindet sich das gesamte Codebuch mit Definition und Ankerbeispiel zu den jeweiligen Kategorien.

Phase 6 – Zweiter Codierprozess: Codieren des Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem: Beim erneuten Codierprozess bereits codierten Textstellen den neu gebildeten Subkategorien zugeordnet. Dies erfordert einen erneuten vollständigen Durchlauf des gesamten Materials. Im Anschluss daran schlägt Kuckartz die Anfertigung von Fallzusammenfassungen auf Basis einer Themenmatrix vor. Diese soll helfen die Auswertung vorzubereiten, indem die inhaltsanalytische Codierung jeweils mit dem gesamten Fall in Beziehung gesetzt wird.

Phase 7 – Kategorienbasierte Auswertung und Ergebnisdarstellung: Für den Auswertungsprozess wurden die definierten und erweiterten Haupt- und Unterkategorien herangezogen. Von Kuckartz werden verschiedene Auswertungsmechanismen vorgestellt, welche auch kombiniert umgesetzt werden können. In dieser Arbeit wurde die kategorienbasierte Auswertung anhand der Hauptkategorien umgesetzt. Hierbei wurden die jeweiligen Ergebnisse beschrieben, interpretiert und durch prototypische Zitate gestützt.

Zur Umsetzung des Verfahrens wurde das Analyseprogramm MAXQDA 12, einer Software zur computergestützten qualitativen Datenanalyse, zu Hilfe genommen. Dazu wurden zwei Projekte angelegt, ein Projekt für die drei persönlich durchgeführten Interviews und ein Projekt für das schriftlich durchgeführte Interview.

5 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden großteils zusammengefasste Teile der Transkripte dargestellt. Es finden sich jedoch auch einige Zitate der jeweiligen Interviews, da die Aussagekraft dieser sehr hoch ist. Die Aufteilung untergliedert sich in die gebildeten Kategorien. Zugunsten der Leserlichkeit sind alle Zitate kursiv geschrieben.

5.1 Definitionsmöglichkeiten

Hauptaugenmerk dieser Kategorie ist das individuelle Verständnis der Osteopathen über Geburtstrauma.

B4 ist der Meinung, dass es Geburtstraumata gibt und die Bandbreite sehr groß sein kann. Zum einen gibt es Traumata mit motorischer Entwicklungsstörungen, bis hin zu psychosozialen oder geistigen Retardierungen. Zusätzlich existieren die psychoemotionalen/psychosomatischen Geburtstraumata.

„Also definieren lässt sich das ganze glaube ich nicht. Man muss sich nur vergegenwärtigen, dass man diese Bandbreite hat von psychoemotional bis parietal physiologisch.“ (B4, 80)

B4 ist es wichtig, dass die Geburt an sich nicht traumatisiert wird, wofür das Kind im Nachhinein sehr viel Therapie braucht, um mögliche negative Entwicklungen wieder ausgleichen zu können. B4 meint dazu:

„Und da wird von sogenannten Kinderosteopathen quasi schon fast die Geburt traumatisiert. Das heißt, die Geburt wird als Trauma dargestellt, sozusagen für das Kind etwas so Unmögliches, und dann muss man im Nachhinein sehr viel Therapie anbieten, um diese möglichen negativen Entwicklungen wie ADHS und alles Mögliche dann irgendwie in Griff zu kriegen.“ (B4,12)

B1 meint, dass Geburt immer ein Trauma ist, auch wenn diese gut verläuft. Und jedes Kind seine Zeit (das Wochenbett) braucht, um die gesamte Erfahrung zu verarbeiten. Geburt kann das schönste Trauma der Welt sein, wenn alles gut läuft. Wenn die Schwangerschaft gut verläuft, werden mögliche Geburtstraumata besser verarbeitet. Alles was von der Physiologie abweicht, ist ein Geburtstrauma. Die Physiologie der Geburt ist für B1 ein positives Trauma. B1 versteht unter dem Geburtstrauma, den Zeitpunkt von der Zeugung über die intrauterine Entwicklung, die Geburt aus der 1a Lage und das Wochenbett.

B3 möchte das Wort Geburtstrauma nicht verwenden. Es ist ein Ereignis, welches möglicherweise einen großen Einfluss auf das Leben eines Menschen hat und den Menschen prägen kann. Dazu muss es aber kein Trauma sein, denn zu einem Trauma gehört ein Geschehen, welches mit Angst einhergeht. Es ist ein potentiell traumatisierendes Ereignis. Allerdings ist es B3, wie B4, auch wichtig, die Geburt nicht zu pathologisieren. Es ist ein gesunder Prozess und es ist B3 sehr wichtig, die Gesundheit darin zu sehen. Bei einer Geburt wirken heftige Kräfte und es ist gut, dass wir den Entfaltungsprozess unterstützen können.

Entscheidend ist für B3 auch nicht das Trauma direkt, sondern wie die Verarbeitung ist und ob daraus eine posttraumatische Belastungsstörung entsteht. Somit ist die Kompensationsmöglichkeit des Kindes von großer Bedeutung. Menschen sind dafür geschaffen, Stress auszuhalten und es macht uns überlebensfähig. Kommt es zu einer posttraumatischen Belastung, gibt es auch die positive Seite, dass wir dadurch einen Impuls haben, der uns auf eine innere Reise schickt und vielleicht lebensbestimmend ist.

Das Wort Geburtstrauma selbst sollte zudem nicht verwendet werden, da man der Mutter damit ein noch größeres und schlechtes Gewissen macht, als sie eh schon hat. Es ist von großer Bedeutung die Kompetenz der Eltern zu unterstützen. Sie sind die kompetentesten Partner ihres Kindes.

Eine normale Geburt bedeutet für B3 eine Geburt ohne Intervention.

In dem schriftlichen Interview mit B2 wurde deutlich, dass eine physische und/oder psychische Beeinträchtigung, die auf Geschehen im Geburtsverlauf zurückzuführen sind, als Geburtstrauma differenziert werden könne. Wird das Kind durch die Intensität während des Geburtsprozess überfordert, kann dies ebenfalls als Trauma bezeichnet werden.

5.1.1 Unterteilung

Zwei der befragten Osteopathen teilen Geburtstrauma in verschiedene Typen auf. Hier sind vor allem Ursache und Symptomatik von Bedeutung.

B4 unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Typen:

- tatsächliche, häufig auch die von der Schulmedizin beschriebenen, perinatalen Traumata. Die Reichweite ist enorm, von sehr leicht bis sehr groß, mit motorischer Entwicklungsverzögerung, bis hin zur geistigen Retardierung.

- psychoemotionale/psychosomatische Traumata.

B1 unterteilt in drei verschiedenen Trauma-Typen: Der Mororeflex, der Furchtlähmungsreflex und die „coolen Socken“. Der Mororeflex ist etwas Aufgeregtes, wie ein Ameisenhaufen. Die Babys mit diesem Typ schreien viel und kämpfen. Der Furchtlähmungsreflex fühlt sich leer an und ist in sich gekehrt. Intrauterin ist der Furchtlähmungsreflex physiologisch, den Mororeflex braucht man um auf die Welt zu kommen.

Die „coolen Socken“ haben nur kleine, meist parietale Probleme. Sie kommen am häufigsten vor.

Eine Beschreibung dieser Typen:

„Während die Moros, die kämpfen, die schreien und die sagen: "Hey, hier bin ich und jetzt ändere mal was" und die anderen, das sind die ganz, ganz, ganz, ganz furchtbare leisen, in sich gekehrten, armen mimischen, auch häufig durch dich hindurch guckenden Kinder, ne. (I: ok) Sie suchen kaum Blickkontakt, sie sind leer. (I: okay) Sie sind innen drin leer und irgendwo versteckt ist so diese Seele oder dieser Kern des Lebenswillens. Irgendwo innen drin.“ (B1, 14)

5.1.2 Pränataler Einfluss

Alle vier Osteopathen sind der Meinung, dass die Pränatalzeit eine Rolle für die Geburt und das Kind spielt. Schon die Zeugung hat einen großen Einfluss laut B1. Ist es eine natürliche Zeugung in Liebe oder eine künstliche Befruchtung? Zur Befruchtung meint B1:

„Es ist das Anhalten des Lebens.“ (B1, 30)

Auch wie die Schwangerschaft verläuft hat einen Einfluss. Verläuft diese gut, kann die Geburt und eventuelle Eingriffe in das Geburtsgeschehen besser verarbeitet werden.

„Also das ist, dieses kleine Wesen ist abhängig davon, dass es mit Liebe gezeugt wurde, von der Natur gezeugt wurde (...) mit Normalität und Liebe in diesem Bauch groß geworden ist.“ (B1, 32)

„Ich glaube wirklich was da innen drin abläuft, gibt dir den Startschuss, wie du später mit deinem Leben umgehen kannst.“ (B1, 46)

B4 ist der Meinung, dass die Lebenssituation der Schwangeren durch Hormon-Stoffwechsel-Vorgänge das Baby beeinflusst. Kommt es in der Schwangerschaft zu

Stress, ist eine Vasokonstriktion möglicherweise die Folge. Es kommt zur Ernährungsangst und eventuell Beziehungsangst des Babys, welche sich später in einer Bindungsstörung äußert.

Für B3 hat die pränatale Zeit auch einen Einfluss. Mit der Schwangerschaft beginnt jedoch für B3 schon eine Pathologisierung. Diese Suche nach Dysfunktionen/Krankheiten bleibt bis zur Geburt und alles wird sehr problemorientiert betrachtet.

Auch B2 äußerte sich, dass es schon während der pränatalen Zeit durch Sauerstoffmangel bei rauchenden Müttern oder Vätern, durch Alkoholkonsum, Stress und Zwillingstotgeburten zu Traumata kommen kann.

5.2 Ursachen

Einigkeit der befragten Osteopathen herrschte im Prinzip über die Ursachen eines Geburtstraumas. B3 machte deutlich, dass medizinische Intervention, Trennung der Eltern und pränatale Erlebnisse als Ursache in Frage kommen. Jedoch ist es von großer Bedeutung, dass insbesondere das Empfinden des Kindes ausschlaggebend ist.

„Die Intervention als solche ist nicht ausschlaggebend, sondern ausschlaggebend ist ja das Empfinden des Menschen. Wir wissen, dass auch Babys einen ganz klaren Blick auf die jeweilige Situation haben. Das heißt, wenn ich als Baby einen total ruppigen Kaiserschnitt erlebe, der aber mein Leben in diesem Moment rettet, dann weiß ich das als Kind.“ (B3, 27)

Man kann nicht sagen, dass eine bestimmte Ursache eine bestimmte Wirkung hat. Dafür gibt es zu viel Faktoren, die eine Rolle spielen, z.B. wie ist die Bindung, wie ist der mentale Kontakt bei der Geburt zwischen Mutter und Kind. Für B3 ist es von großer Bedeutung was im Umfeld, alles passiert.

Medizinische Interventionen (wie Medikamente, Zange, Saugglocke, der Kristeller-Handgriff, Kaiserschnitt, Beatmung) und pathologische Vorgänge (z.B. Plazentaablösung, Sauerstoffmangel, frühe Durchtrennung der Nabelschnur) können auch für B4 eine Ursache darstellen. Wichtig waren in diesem Interview auch die Lebensumstände und die pränatale Zeit. B4 führt zwei weitere großer Faktoren auf, zum einen die Angst von den beteiligten Personen (meistens vom medizinischen Personal), welche die Geburt oftmals als Pathologie darstellen und zu früh oder

überhaupt intervenieren. Zum anderen lässt man den Frauen meistens auch nicht mehr die Zeit (auch hier, häufig aus der Angst, aber auch aus wirtschaftlichen Gründen), um in Ruhe ihr Kind zu gebären.

Die bisher genannten medizinischen Interventionen nannte auch B1. Folgende Punkte kamen in diesem Interview als mögliche Ursache dazu:

- Rauchen und Trinken
- Künstliche Befruchtung
- Ein Geburtsvorgang, welcher nicht vom Kind gestartet wird
- Wenn das Baby bei der Geburt auf den Boden fällt
- Stress und Angst der Mutter

B1 war zudem sehr wichtig, dass direkt nach der Geburt, die Mutter die erste Person ist, die ihrem Kind in die Augen sehen soll, um Kontakt aufzunehmen. Fehlt dieser Moment, ist dies für B1 ein großer Punkt auf der Liste von Ursachen für Geburtstraumata. Eine hohe Bedeutung wird auch dem ersten Stillen zugeteilt.

Im schriftlichen Interview mit B2 wurden folgende Ursachen für Geburtstraumata genannt:

- Sauerstoffmangel
- Frühgeburt
- Sturzgeburt
- Kaiserschnitt
- Abläufe, welche zu schnell oder zu langsam gehen
- Saugglocke
- Geburtszange
- Kristeller-Handgriff
- Beckendysfunktionen
- Narbenbildungen
- Medikamente

5.3 Symptome

Die Symptome sind sehr vielfältig und können nur schwer differenziert genannt werden.

Es gibt laut B1 Schreikinder und apathische Kinder, Magendarmprobleme,

Kompressionstrauma der HWS und Sacrumblockaden, häufig ausgelöst durch den Kristeller-Handgriff.

B4 sieht häufig Probleme in der Bindung und dem Stillen.

B2 schrieb, dass es zur Gehirnschädigung kommen kann, vielleicht sogar die biologische Reifung behindert und die emotionale Entwicklung beeinträchtigt. B2 meint weiter, dass ein Trauma mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Sicherheitsmangel einhergehen kann. Diese Gefühle können einen Menschen ein Leben lang begleiten und ihn prägen. Diese Gefühle werden im Gewebe gespeichert und können sich in frühkindlichen Reaktions- bzw. Reflexmuster zeigen, zum Beispiel in einen zu starken Mororeflex.

5.4 **Umfassung**

In dieser Kategorie wurde gefragt ob es eine Trennung zwischen Körper, Geist und Seele bei Geburtstrauma gibt, bzw. ob immer alle Anteile betroffen sind. Die Antworten dazu waren verschieden.

Körper, Geist und Seele müssen für B1 nicht unbedingt immer alle betroffen sein. Kinder sind von Haus aus unterschiedlich und das wird pränatal geprägt. Möglicherweise haben sie nur ein kleines parietales Problem. Gab es eine chemisch-psychische Ursache (z.B., Angst, Stress, Frühgeburt oder durch Medikamente) sind jedoch meistens alle Bereiche betroffen.

Laut B3 gibt es keine Trennung von Körper, Geist und Seele. Dies sind nur künstliche Unterscheidungen und es geht immer um den Austausch von Flüssigkeit und um Kommunikation der Körpersysteme.

Die Ergebnisse aus dem Interview für B4 sind, dass man Körper, Geist, Seele, Bewegung und Veränderung nicht trennen kann. Die Physiologie die uns steuert ist neuro-vegetativ gesteuert und diese ist psycho-emotional verknüpft.

Für B2 stellt sich ein Trauma fast sich immer in allen Ebenen (physisch, mental und emotional) dar. Es findet eine wechselseitige Kommunikation zwischen der Biographie, der Biochemie, dem Neurovegetativum und dem Metabolismus statt. Wichtig sind die vielschichtigen Interaktionen, also die wechselseitigen Einflüsse im Gewebe, emotional, in mentalen Reifungsprozessen, in der neuromotorischen Entwicklung, in vielfältigen Funktionssystemen und dem inneren Erleben des Kindes.

5.5 Betroffene

Alle befragten Osteopathen waren sich einig darüber, dass sowohl das Kind als auch die Mutter und eventuell auch der Vater von einem Geburtstrauma betroffen sein können. Für B4 gibt es auch keine Grenze zwischen einem möglichen Trauma der Mutter und ihrem Kind, denn sie leben in einer Einheit. Die Entwicklung der beiden bedingt sich jeweils von der anderen Seite und manchmal haben die Kinder eine größere Kompensationsfähigkeit wie die Mütter. Für Mütter ist eine Abweichung von einer ganz exakten Vorstellung, wie die Geburt ablaufen soll, häufig ein Problem.

„Das Kind hat wahrscheinlich viel mehr Kompensation, die die Mutter nicht hat und was ich auch beobachte, dass sehr oft, das Kind postpartal, also eigentlich nach der Geburt, durch den psychischen Zustand der Mutter traumatisiert wird. Das heißt, das Kind erlebt seine Mutter eigentlich in einem nicht natürlichen Zustand. Und und das nimmt dem Kind natürlich die Sicherheit.“ (B4, 20)

Auch B3 meint, dass die Traumatisierung für Mütter manchmal größer ist, als für das Kind. Mütter werden meist durch Retraumatisierung, starke Angst oder Hilflosigkeit traumatisiert.

Dürfen Mütter ihre Kinder direkt nach der Geburt nicht wenigstens einmal in die Augen schauen (der erste Augenblick), werden laut B1 vor allem Mütter traumatisiert. Zudem ist B1 wichtig, dass auch die Väter betroffen sein können. Für diese ist es nicht einfach, ihre Partnerin während der Geburt leiden zu sehen.

5.6 Diagnostik

Die Untersuchungsart der befragten Osteopathen ist sehr unterschiedlich. Für B3 ist ein Hauptmerkmal, eine Dissoziation zwischen dem energetischen Körper und physischen Körper. Dies zu untersuchen ist für B3 wesentlich.

Die Wahrnehmung des Patienten bzw. der Mutter und des Kindes als eine Einheit, spielt für B4 eine große Rolle. Leben die beiden in ihrer Symbiose oder sind es zwei getrennte Individuen, die nicht wissen, wie sie miteinander kommunizieren können.

Diese Art der Untersuchung von B4 geschieht vor allem über die Intuition und der genauen Beobachtung von Mutter und Kind im Umgang miteinander. Des Weiteren wird während der Untersuchung palpirt. Jedoch ist es nicht die anatomische Art der Palpation, sondern der Kontakt mit Emotionen im Gewebe.

„Dieser Palpationskontakt ist, sagen wir mal ist ein Mittel zum Zweck. Ist eigentlich mehr wie der USB-Stecker, das heißt also nicht die Palpation im Sinne, das ist so und so - anatomisch gesehen - so, das ist eigentlich mehr so ein, ja ein Kontakt ähm ein Modus, ein Ritus, um an Gewebserinnerung zu kommen, an Emotionen heranzukommen, alles was im Bindegewebe oder im Mesenchym gespeichert ist, heranzukommen.“ (B4, 58)

Für B1 ist eine ausführliche Anamnese, welche Details von Schwangerschaft und Geburt beinhaltet, sehr wichtig. Zudem ist eine gute Differentialdiagnose von großer Bedeutung. Eine neurologische Untersuchung, vor allem der Reflexe, der Augen und dem Gehör, spielen in der Untersuchung von B1 eine wichtige Rolle. Auch die Beobachtung wie Babys reagieren, ob sie eher panisch sind, viel schreien oder apathisch wirken, war B1 wichtig. B1 beginnt die körperliche Untersuchung immer von den Füßen Richtung Kopf. Bei der Untersuchung entscheidet sich auch der Weg wie behandelt wird. Wenn das Kind eine „coole Socke“ ist, dann findet B1 in der Regel parietale Dysfunktionen und behandelt diese. Merkt B1, dass es aber tiefer geht, geht B1 fragend auf das Kind ein und achtet darauf, was das Kind braucht. Braucht es einen schützenden Raum, oder möchte es überhaupt angefasst werden. Hier ist die Seele wichtiger als einzelne Dysfunktionen.

In der Diagnostik ist B2 wichtig, wie sich das Kind körperlich, emotional und kognitiv zeigt. Die Anamnese hat einen hohen Stellenwert. Da es zu Veränderungen im autonomen Nervensystem (ANS) kommt, ist die Untersuchung des ANS von großer Bedeutung, z.B. mittels Herzratenvariabilität (HRV). Eine weitere wichtige Möglichkeit für B2 ist die Palpation. Durch einen Handkontakt an Kopf und Becken kann durch eine sanfte longitudinale Kompression die Spannungen im Körper kopiert werden, in denen das Kind eventuell eine traumatische Situation erlebt hat.

5.7 Behandlung

Die Behandlungsansätze von einem Geburtstrauma wird von den Osteopathen wie folgt beschrieben:

I: Wenn du ein Kind behandelst und du spürst solch eine Dissoziation, was machst du damit?

B3: Gar nichts. Das ist eines der Behandlungsprinzipien, das erste Behandlungsprinzip, wenn wir im Sinne von Still und Sutherland arbeiten. Dieses erste

Behandlungsprinzip ist der Kontakt zwischen dir und dem Patienten. Wenn der Kontakt optimal ist, wenn du wirklich, aus einer ganz schönen Position heraus deinem Gegenüber lauscht, ist das schon Behandlung. Das hat damit zu tun, dass es schon solch eine Entlastung ist, wenn mir richtig zugehört wird. Ich werde gesehen, wie ich bin; mein System, was ja die Selbstkorrektur durchführt, fängt an zu arbeiten und reorganisiert sich. Dieses erste Behandlungsprinzip, was nur bedeutet, du hast einen guten Punkt der Balance zwischen Patient und Behandler, regt diesen Prozess an, da musst du überhaupt nichts „machen“. (B3, 51-52)

B3 ist es wichtig, dass wir die Gesundheit in den Babys (und auch bei allen anderen Patienten) suchen.

„Um in Kontakt mit der Gesundheit im Baby zu gehen, brauchst du eine gewisse mentale Einstellung. Egal ob du ein Baby oder eine Erwachsene behandelst, machst du dir klar, dass Dysfunktionen keine Pathologien sind, nichts Schlechtes, sondern das eine Dysfunktion die bestmögliche Kompensation ist, die dieser Mensch im Kontakt mit was auch immer ihr oder ihm passiert ist, geschaffen hat. Die Dysfunktion ist Ausdruck der Gesundheit, d.h. du hast eigentlich nur immer Gesundheit in der Hand.“ (B3, 75)

Für B1 ist die von B1 bereits genannte Unterteilung in verschiedenen Typen wichtig. „Coole Socken“ brauchen meistens nur eine kleine Unterstützung, oft eher eine parietale, viszerale oder cranosakrale organisierte Arbeit. Bei den Babys mit einem Moro- oder Furchtlähmungsreflex ist es wichtig die Seele miteinzubeziehen, eventuell eine Geburt auch nochmal zu erleben. Von großer Bedeutung ist es zudem, wenn die Seele verletzt ist, dass die Kinder den Behandler den Eintritt gewähren und man nicht die Grenze überschreitet. Dafür ist es wichtig nichts zu wollen. Wichtig sind auch die Aufklärung und das Verständnis für die Mütter. Manchmal ist auch die Behandlung von Mutter und Kind als eine Einheit sinnvoll. B1 legt zudem großen Wert auf das Wochenbett und geht davon aus, dass durch eine gute Wochenbettsituation schon Dinge geheilt werden können.

In der Behandlung von Geburtstraumata ist es B4 wichtig in der Tiefe zu behandeln, so dass Hormone (es war vor allem von Bindungshormonen die Sprache) erreicht werden. Wenn man sich da nicht selber auskennt, ist B4 der Meinung, dass man sich einen Homöopathen und/oder einen Psychokinesiologen suchen sollte. Zusätzlich braucht man ein Therapiemodell, welches Mutter und Kind zusammenbringt.

„Weil die Mutter ist ja dann eh schon in einer Situation, die sie nicht ertragen kann, in dem Sinne. Ja, also redet sie es schön, und ich versuche ihre Situation dahingehend zu beeinflussen, dass sie hauptsächlich sich auf ihr Kind konzentrieren muss und Schuldgefühle loswerden muss. Dass sie jedes annehmen soll, so wie es gelaufen ist, nicht optimal, aber so ist es halt gelaufen. Das ist Fakt, das ist nicht bewertungsmäßig gut oder schlecht. Der Start war vielleicht ein kleiner Fehlstart, aber deswegen kann man immer noch loslaufen.“ (B4, 18)

Ein weiterer wichtiger Punkt ist für B4 eine Freiheit von Wertung. Behandlung sollte das Positive unterstützen.

Für B2 ist die Behandlung des ANS essentiell. Das Verständnis der Eltern und die Ressource innerhalb der Familie ist bedeutsam für den Heilungserfolg. Es kann sinnvoll sein, eine Geburt nochmal darzustellen in der Behandlung. Wichtig ist dabei, dass das Kind genügend Ressourcen für diesen Prozess hat. Jedes Kind benötigt stets eine individuelle Vorgehensweise.

6 Diskussion

In diesem Kapitel werden sowohl die eingesetzte Methode, als auch die Ergebnisse kritisch betrachtet und diskutiert. Zuerst wird die ausgewählte Methode hinsichtlich ihrer Umsetzung und ihrer Eignung für die Fragestellung diskutiert. Zudem wird auf mögliche Gütekriterien für die Arbeit eingegangen. Anschließend werden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert.

6.1 Diskussion der Methodik

Das Leitfadengestützte Experteninterview erwies sich für die Beantwortung der Forschungsfrage als adäquat. Allerdings erwies es sich als aufwändig und teilweise schwierig, eine qualitative Inhaltsanalyse durchzuführen, ohne Vorkenntnisse zur Analysearbeit zu haben und ohne die Methode bereits vorab an anderen Themen oder Daten durchgeführt zu haben. Insbesondere die vollständige Transkription der Interviews als auch das mehrmalige Durcharbeiten der Texte zum Codieren waren jeweils sehr Zeitaufwändig. Dennoch erwiesen sich gerade diese beiden Schritte als äußerst sinnvoll, da so eine genaue Analyse des Gesagten möglich war und Zitate zur Veranschaulichung im Ergebnisteil genutzt werden konnten. Weiterhin war es durch die Kategorienbildung möglich, die einzelnen verschiedenen Themenbereiche abzugrenzen, die Aussagen in den Interviews zuzuordnen und später im Ergebnisteil in einer sinnvollen Reihenfolge darzustellen.

Abweichungen zur beschriebenen Methode gab es insofern, dass zusätzlich ein schriftliches Interview als Ausgangstext herangezogen wurde. Durch die Transkription der restlichen Interviews wurden die Texte zwar wieder vergleichbar, allerdings ist es bei einem schriftlichen Interview natürlich nicht möglich, zu bestimmten Aussagen Nachfragen zu stellen. Dies resultierte insbesondere auch in einen deutlich kürzeren Text, wobei mit betrachtet werden muss, dass ein geschriebenes Interview durch den Verfasser inhaltlich anders aufbereitet werden kann, als das gesprochene und transkribierte Interview.

Kuckartz (Kuckartz, 2016) beschreibt Checklisten zur internen Studiengüte, welche bei der Bearbeitung beachtet wurden. Insbesondere ist die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der einzelnen Schritte enorm wichtig, damit falls nötig die Schritte reproduziert werden können und eine Vergleichbarkeit hergestellt werden kann. Die Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit ist insbesondere durch das Sammeln der

Informationen innerhalb eines Software-Projekts einer QDA-Software gegeben. Hierbei werden die grundlegenden Audiodateien, zugehörigen Texte, angehängte Memos, die gebildeten Kategorien inkl. der Definitionen und die Codierungen zusammen verlinkt. Somit ist einfach zu ergründen, wie ausgearbeitet die Kategorien sind, wie zuverlässig die Zuordnung von Textstellen zu Kategorien sind und welchen Grad an Reflexion die geschriebenen Memos aufweisen.

Ein oft genutztes Merkmal zur Prüfung der Güte einer Studie ist die Überprüfung der Intercoder-Übereinstimmung, welche auch im Buch von Kuckartz (Kuckartz, 2016) erwähnt wird. Die Intercoder-Reliabilität kann angeben, wie groß die Übereinstimmung von Codierungen durch voneinander unabhängigen codierenden Personen ist. Durch die Tatsache, dass keine weiteren Personen bei Kategorisierung oder der Codierung tätig waren, ist eine Überprüfung durch Intercoder-Übereinstimmung leider nicht möglich gewesen. Unter Umständen wäre eine erneute vollständige Wiederholung der Codierung durch die gleiche Person nach geraumer Zeit zwar prinzipiell denkbar, dies ließ sich aber aufgrund des gesteckten Zeitrahmens nicht durchführen. Zudem ist laut Mayring (Mayring, 2010) eine hohe Übereinstimmung auch schwer zu erreichen. Dies gilt besonders für die ersten Durchgänge, da hierbei und anschließend das Kategoriensystem noch überarbeitet wird. Zudem hängt das Ergebnis stark davon ab, wie umfangreich und differenziert das Kategoriensystem ausgearbeitet wurde.

Da die Auswahl der zu Interviewenden recht klein ist, ist schwer abzuschätzen, wie verallgemeinerbar und übertragbar die Ergebnisse sind. Für die vorliegende Studie wurde versucht, Osteopathen mit hoher Fachkenntnis und einem großen Erfahrungsschatz auszuwählen. Zudem besitzen die befragten Osteopathen keinen direkten Bezug zueinander, weder örtlich noch fachlich. Kuckartz (Kuckartz, 2016) schreibt kurz in seinem Buch über externe Gütekriterien, insbesondere über das „theoretical sampling“ der Grounded Theory und das Prinzip von maximaler und minimaler Kontraste. Dieses Vorgehen war für vorliegende Studie leider in der kurzen Zeit nicht realisierbar, man könnte allerdings im Nachgang durch weiterführende Diskussionen mit Experten eine Definition und ein gemeinsames Verständnis des Themas weiter vorantreiben.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Es ist interessant zu sehen, dass es auf die Fragestellung, was Osteopathen unter einem Geburtstrauma verstehen, eine sehr ähnliche Denkweise der verschiedenen befragten Osteopathen gibt. Allerdings wird die Beschreibung dessen oft ganz anders formuliert und ist auch abhängig davon, wie die eigene osteopathische Philosophie aussieht.

In der Kategorie Definitionsmöglichkeiten sehen es alle Osteopathen als möglich an, dass es so etwas wie ein Geburtstrauma tatsächlich gibt. Für B1 beginnt es schon bei der Abweichung von Physiologie und selbst diese wird als ein positives Trauma bezeichnet. Auch für B2 und B4 gibt es Geburtstraumata, welche sich unterschiedlich zeigen können und das Ausmaß von sehr klein bis enorm groß sein kann. B3 möchte zwar das Wort nicht verwenden, schließt aber ein Geburtstrauma an sich auch nicht aus. Für B3 ist es enorm wichtig, wie ein Kind kompensieren kann. So lässt sich für diese Kategorie schlussfolgern, dass es sicher Geburtstraumata geben kann, wenn die Geburt von der Physiologie abweicht und das Kind dies nicht kompensieren kann. Wie auf Seite 11 beschrieben, wird dies auch in der Literatur geschildert: Ein allgemeines Trauma gibt es nicht, sondern es ist abhängig von dem Trauma und dem konstitutionellen Umgang mit Stress. (Liem, Schleupen, Altmeyer, & Zweedijk, 2012)

Alle befragten Osteopathen waren sich einig, dass die Schwangerschaft bzw. die Pränatalzeit einen Menschen prägen kann und damit auch eine größere Kompensationsmöglichkeit für ein eventuelles Geburtstrauma geschaffen werden kann. Hier finden sich in der Literatur der pränatalen Psychologie zahlreiche Hinweise, dass die Schwangerschaft sehr wichtig ist für die spätere Entwicklung. Für diese Studie wurde auf Seite 11 ein Artikel von Terence Dowling in dem Buch Osteopathische Behandlung von Kindern von Liem, Schleupen, Altmeyer, & Zweedijk verwendet. (Liem, Schleupen, Altmeyer, & Zweedijk, 2012)

Zur Unterteilung der Kategorie Geburtstraumata in Subkategorien kam es vor allem durch B1. Ein Teil der Untersuchung von B1 basiert auf neurologische Reflexe. B4 unterscheidet zwischen den tatsächlichen, perinatalen und den psychoemotionalen Geburtstraumata. Allerdings legt B4 großen Wert darauf, letzte nicht zu pathologisieren.

Eine große Einigkeit besteht auch in der Kategorie Ursache. Hier nennen fast alle die gleichen möglichen Ursachen. Zudem betont B3 auch hier die Kompensationsmöglichkeit der Babys.

In der Kategorie Symptome wird deutlich, dass diese sehr vielfältig sein können. B2 beschreibt hier zudem einen möglichen zu starken Mororeflex, welchen B1 in der Unterteilung ebenfalls erwähnt.

Einig sind sich die Osteopathen ebenfalls, dass sowohl Mutter als auch Kind, eventuell sogar der Vater von einem Geburtstrauma betroffen sein können.

Weiterhin ist in der Kategorie Umfang zu erkennen, dass die Osteopathen unterschiedlich arbeiten bzw. ihre Einstellung unterschiedlich ist. Einig sind sich alle darüber, dass sich Körper, Geist und Seele gegenseitig bedingen und als eine Einheit betrachtet werden sollten. Nur B1 ist der Meinung, dass es auch parietale Dysfunktionen geben kann. Das lässt sich auf ein sehr strukturiertes Arbeiten zurückführen, welches bei B1 auch in der Unterteilung und der Diagnostik erkennbar wird.

Die Art der Untersuchung bzw. der Diagnostik unterscheidet sich deutlich. B1 bleibt bei der Untersuchung sehr strukturiert. Ähnlich wie B2, welchem zusätzlich das ANS wichtig ist. Beide sehen einen hohen Stellenwert in der Anamnese und ein genaues Beobachten des Kindes. Wichtig ist B3 die Dissoziation zwischen physischen und dem energetischen Körper. Es spiegelt sich auch hier die Einstellung zu dem Thema deutlich. B4 ist die Einheit von Mutter und Kind wichtig und die Palpation.

Am deutlichsten wird die osteopathische Philosophie bei der Kategorie Behandlung. Hier arbeiten alle befragten Osteopathen im Prinzip anders. Allen gemeinsam ist die individuelle Vorgehensweise.

7 Schlussbetrachtung

Diese Studie prüfte mittels einem qualitativen Ansatz durch Experteninterviews die Fragestellung: „Was verstehen Osteopathen unter einem Geburtstrauma?“ Eine Antwort konnte durch die Interviews gefunden werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass ein Geburtstrauma dann entsteht, wenn die Geburt von der Physiologie abweicht und die Kompensationsmöglichkeiten des Kindes nicht ausreichen um dies auszugleichen. Unter einer physiologischen Geburt verstehen Osteopathieexperten eine Geburt ohne medizinische Intervention, wie zum Beispiel Medikamente oder Hilfsmittel wie die Saugglocke.

Deutlich wurde für mich während der Interviews vor allem eines, wenn die Geburt nicht optimal bzw. physiologisch verlaufen ist, die Schwangerschaft jedoch sehr gut lief und das Wochenbett klappt, muss das Kind noch lange kein Geburtstrauma davontragen. Ausschlaggebend zur Differenzierung ist das Empfinden und die Verarbeitung des Kindes, ob ein Trauma entsteht oder nicht. Hier ist die Definition von B3 für mich sehr aussagekräftig, dass eine Geburt ein potentiell traumatisierendes Erlebnis sein kann, es jedoch nicht immer zum Trauma dadurch kommen muss. Sondern es sehr abhängig davon ist, wie die Kompensationsmöglichkeiten des Kindes sind und weiter auch wie Mutter und Kind in einer Einheit leben können.

Es wäre also wünschenswert, dem Begriff Geburtstrauma nicht zu viel Gewicht zu geben, um die Geburt, aber auch die Schwangerschaft, nicht mehr zu pathologisieren als sie in Wirklichkeit war.

Betreut man in der osteopathischen Praxis Schwangere, so bedeutet dies für mich in Zukunft, sie in ihrer Gesundheit zu unterstützen und zu stärken, so dass sie mit Vertrauen in sich und das Kind in die Geburt gehen können.

Sollten medizinische Interventionen nötig sein, ist es von großer Bedeutung, die Babys und deren Eltern in ihrer Gesundheit und Kompetenz zu unterstützen. Konnte die Mutter die Geburt nicht verarbeiten, bedeutet dies für mich in Zukunft, sie ebenfalls zu unterstützen und sie mit ihrem Kind in Kontakt zu bringen, damit diese eine gute Beziehung zueinander aufbauen können.

8 Literaturverzeichnis

- Carreiro, J. E. (2011). *Osteopathie bei Kinder und Jugendlichen* (Bd. 2. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Emerson, W. (2012). *Behandlung von Geburtstraumata bei Säuglingen und Kindern*. Heidelberg: Mattes Verlag.
- Fuß, S., & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung*. Regensburg: UTB GmbH.
- Goerke, K. (2011). *Last minute Gynäkologie*. München: Elsevier.
- Janus, L., & Haibach, S. (1997). *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. Neulsenburg: LinguaMed Verlags-GmbH.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Bad Langensalza: Beltz Juventa.
- Liem, T., Schleupen, A., Altmeyer, P., & Zweedijk, R. (2012). *Osteopathische Behandlung von Kindern* (Bd. 2. Auflage). Stuttgart: Haug Verlag.
- Lomba, J. A. (2005). *Craniosakrale Osteopathie in der Kinder - und Erwachsenenpraxis*. München: Richard Plaum Verlag GmbH & Co. KG.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (Bd. 11). Weinheim: Beltz.
- Möckel, E., & Noori, M. (2009). *Handbuch der pädiatrischen Osteopathie* (Bd. 2. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Neumann, N. (2012). *Das Geburtstrauma - eine osteopathische Betrachtung*. München: Noema Verlag.
- Palitzsch, D. (1990). *Pädiatrie - Kinderheilkunde für Studenten und Ärzte* (Bd. 3. Auflage). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag Stuttgart.
- Pschyrembel, W. (2002). *Pschyrembel*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Ritter, K. (2014). *Baby - Nöte verstehen*. Stuttgart: TRIAS Verlag.
- Wrona, T. (2005). *Die Fallstudienanalyse als wissenschaftliche Forschungsmethode*. Berlin: ESCP-EAP.

Anhang A Einladungsschreiben

Einladung zum Interview

Liebe/r Herr/Frau [Name],

im Rahmen meines Kinderosteopathiestudiums schreibe ich aktuell eine Bachelorarbeit. Die Fragestellung für diese lautet: „Was verstehen Osteopathen unter einem Geburtstrauma?“

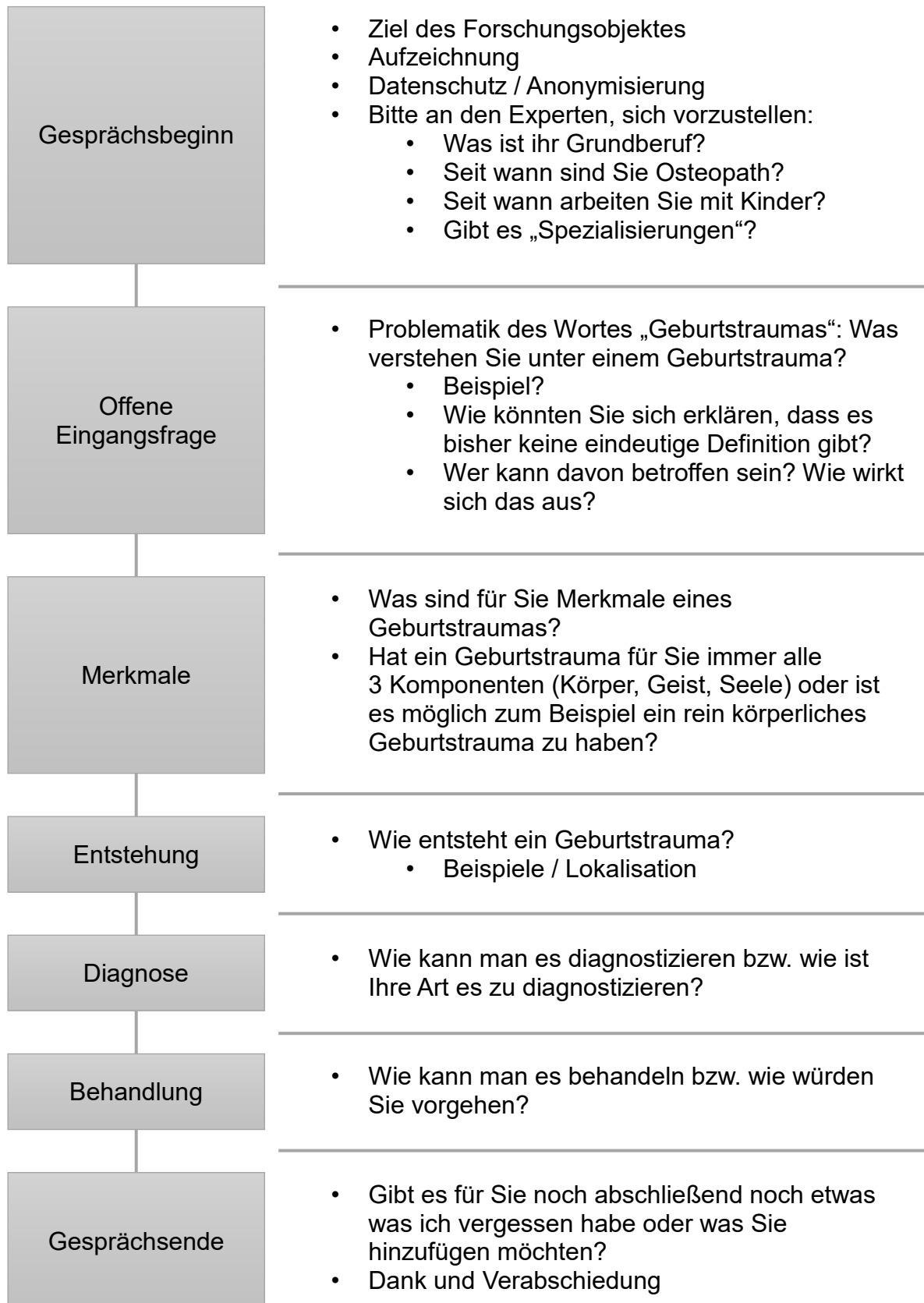
Auf Grund Ihrer Tätigkeit, würde ich mich sehr freuen, wenn ich Sie zu diesem Thema interviewen dürfte.

Ich freue mich auf eine baldige Rückmeldung.

Herzliche Grüße

Anne Henle (B.Sc. Kinderosteopathie Studentin an der OSD)

Anhang B Interviewleitfaden



Anhang C Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2014) aus (Fuß & Karbach, 2014)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ => „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder mehr Punkte gesetzt.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha, etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze, der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z.B. „B4:“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprecherbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z.B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.

13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Anhang D Codebuch

1 Definitionsmöglichkeiten

Beinhaltet das jeweilige Verständnis unter dem Wort Geburtstrauma.

Ankerbeispiel:

Wenn du dieses Wort Geburtstrauma definieren müsstest, würdest du sagen, in der Definition müssten diese und diese Worte mit drin sein, dass du sagst, okay?

B1: Ich würde es immer mit dem mit dem Positiven vergleichen, weil für mich ist alles das was ich hier sehe ein Geburtstrauma (I: ja), nur in der Intensität unterschiedlich (I: okay) Und ich würde Geburtstrauma eher beschreiben: Geburtstrauma findet dann statt, wenn die intrauterine das intrauterine Werden, die eigentliche physiologische Geburt aus der 1a Lage und das Wochenbett danach nicht funktioniert hat. Das ist ein Geburtstrauma, also das Wochenbett gehört für mich zur Geburt.

1.1 Pränatale Beeinflussung

Beeinflussung von der pränatalen Zeit im Hinblick auf

- ein Geburtstrauma
- das spätere Leben

Ankerbeispiel:

Also das ist, dieses kleine Wesen ist abhängig davon, dass es mit Liebe gezeugt wurde, von der Natur gezeugt wurde (...) mit Normalität und Liebe in diesem Bauch groß geworden ist.

1.2 Unterteilung Geburtstrauma

Form des Geburtstraumas

Ankerbeispiel:

B4: Ich glaube, da gibt es zwei Aspekte. Der eine Aspekt ist, also, wenn ich das jetzt so aus der Erfahrung als Voijta-Therapeut oder Kindertherapeut oder wie auch immer sehe, dann muss man sagen, es gibt schon ein Geburtstrauma also Perinatal. Und dieses Geburtstrauma kann von leicht bis sehr groß sein. Allerdings, das ist diese eine Seite, die sehr folgenschwer sein kann, also mit motorischer Entwicklungsstörungen bis hin zu psychosozialen oder geistigen Retardierungen.

2 Ursachen Geburtstrauma

Alle möglichen Ursachen für ein Geburtstrauma

Ankerbeispiel:

Die eine Seite ist die tatsächliche Traumatisierung, die passieren kann durch (...)

(B4: Plazentaablösung, (B4: Zange), Zange. (B4: Vakuumentzug) Das/ das was auch schulmedizinisch teilweise beschrieben wird. (B4: häufig) Ähm und die andere Seite, ähm die, wie Sie vorher gesagt haben, dass mehr das Psychoemotionale. (B4: Lebensumstände) Lebensumstände (B4: Krisen), pränatale Beeinflussung (B4: ja) von dem Ganzen. Die zwei Unterteilungen.

3 Symptome Geburtstrauma

Beinhaltet alle möglichen Symptome eines Geburtstraumas

Ankerbeispiel:

Der Kristeller- Handgriff, das ist so, dass das Sacrum nicht verknöchert ist bei Kindern, erst ab dem achten Lebensjahr. Das heißt wenn kristellert wird von oben, dann haben wir ein Kompressionstrauma auf der HWS, (I: ja) aber zeitgleich finden wir häufig bei den Kindern Sacrumblockaden, meistens auf S2/S3, das sind freie Wirbel, (I: ok) das dürfen wir nie vergessen und äh dort heftet die Dura an, dort ist der Beckenboden. Das sind Kinder die nicht, die ihre Dura oder Opisthotonus häufig über das Becken zeigen.

4 Umfang des Geburtstraumas

Der Zusammenhang von Körper, Geist und Seele bei einem Geburtstrauma. Sind immer alle Anteile betroffen oder nur eines?

Gibt es eine Aufteilung in parietal, viszeral und craniosakral?

Ankerbeispiel:

B3: Nein, das kannst du ja überhaupt nicht trennen. Das sind ja nur wir in unserem Kopf, das wir sagen, A das ist körperlich und B das ist seelisch, emotional, energetisch. Das sind meines Erachtens künstliche Unterscheidungen

5 Betroffene des Geburtstraumas

Betroffene Personen eines Geburtstraumas

Ankerbeispiel:

Wer kann für dich davon betroffen sein? Von dem Geburtstrauma?

B1: Das Kind. (I: okay) Die Mutter. (I: okay) Der Vater, den sollten wir bitte nicht vergessen. (I: okay) Ähm

6 Diagnostikmöglichkeiten

Möglichkeiten in der Diagnostik, zum Beispiel der Anamnese und Palpation

Ankerbeispiel:

In Bezug auf die Untersuchung ist es wesentlich zu checken ob es eine Dissoziation zwischen dem energetischen Körper und physischen Körper gibt.

Das ist für mich das Hauptmerkmal eines traumatischen Geburtsverlaufes.

7 Behandlungsmöglichkeiten

Beinhaltet alle Vorschläge der Behandlung eines Geburtstraumas

Ankerbeispiel:

Wenn du die Babys nach ihrer Geburt zur Behandlung bekommst und du suchst „die Gesundheit in den Babys“, wie machst du das?

B3: Um in Kontakt mit der Gesundheit im Baby zu gehen, brauchst du eine gewisse mentale Einstellung. Egal ob du ein Baby oder eine Erwachsene behandelst, machst du dir klar, dass Dysfunktionen keine Pathologien sind, nichts Schlechtes, sondern das eine Dysfunktion die bestmögliche Kompensation ist, die dieser Mensch im Kontakt mit was auch immer ihr oder ihm passiert ist, geschaffen hat. Die Dysfunktion ist Ausdruck der Gesundheit, d.h. du hast eigentlich nur immer Gesundheit in der Hand.

Konformitätserklärung

Hiermit versichere ich Eides statt, die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst zu haben und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Ich habe weder diese noch eine andere Arbeit andernorts eingereicht. Außerdem befindet sich diese Arbeit in keinem Interessenkonflikt zu anderen Personen und Institutionen.

Unterschrift