

Geburtstrauma diagnostizieren und behandeln – Interview mit Torsten Liem

Das Interview führte Anne Henle.



Torsten Liem, M.Sc. Ost., M.Sc. paed. Ost., D.O., D.P.O., Osteopath G.Os.C. (GB). Gründer und stellvertretender Leiter der Osteopathie Schule Deutschland (OSD), eines M.Sc.-Programms in pädiatrischer Osteopathie, Leiter eines osteopathischen Lehrambulatoriums und Cofounder von Breathe-Yoga. Autor zahlreicher Publikationen und Mitherausgeber der Osteopathischen Medizin.

Das Wort Geburtstrauma wird in der Osteopathie sehr unterschiedlich verwendet: Was verstehen Sie unter einem Geburtstrauma?

Darunter verstehe ich physische und/oder psychische Beeinträchtigungen, die auf Geschehen im Verlauf des Geburtsprozesses zurückzuführen sind. Viele Faktoren, die während des Geburtsprozesses auf das Kind einwirken, können hier genannt werden. Diese können von außen oder auch von innen wirken, zum Beispiel Folgen von Sauerstoffmangel im Gehirn. Die Abläufe können zu schnell oder zu langsam gehen – zu schnell beispielsweise im Rahmen einer Geburtseinleitung, bei Sturzgeburt oder Notkaiserschnitt, Frühgeburt etc. oder zu langsam, etwa wenn der Geburtsprozess stockt. Die Geburt kann mit zu viel Kraftereinwirkung einhergehen, zum Beispiel wenn der Beckenboden der Mutter zu angespannt ist, die Coccyx der Mutter anterior verschoben oder fixiert ist und/oder äußere Kräfte wie Saugglocke, Geburtszange oder der Kristeller-Handgriff angewendet werden.

Jeder Geburtsprozess, der in seiner Intensität das Kind überfordert, könnte im Weiteren als Trauma bezeichnet werden. Diese Momente können physisch das Gewebe, wie zum Beispiel das Gehirn, schädigen und möglicherweise die biologische Reifung behindern; sie können sich auch psychisch ausdrücken und die weitere emotionale Entwicklung beeinträchtigen. Ein Trauma kann beispielsweise mit Ge-

fühlen von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit oder einem Gefühl von starkem Kontrollverlust einhergehen oder mit einem dauerhaften Gefühl von Sicherheitsmangel. Diese tiefen Gefühle können möglicherweise als Hintergrundschwingung das gesamte Leben begleiten und Coping-Reaktionen/Vermeidungsstrategien, Charakterstrukturen und Lebensentwürfe begünstigen oder/und durch bestimmte Situationen im Lebensalltag getriggert werden.

Auch Dissoziation kann dabei auftreten. Es entstehen Hyperarousals oder eher erstarrte bzw. eingefrorene Zustände. Diese Prozesse sind dem autonomen Nervensystem, dem ANS, zuzuordnen und können mittels der Polyvagaltheorie erklärt werden. Da aber in dieser frühen Zeit noch kein episodisches Gedächtnis vorhanden ist, können diese Gefühle und Momente kaum sprachlich erfasst, sondern nur tief implizit erlebt werden und sich in lokalen oder systemischen Gewebespannungen und Muskeltonus sowie in bestimmten dysregulierten Aktivitätsmustern des Neurovegetativums und/oder überstarken oder persistierenden frühkindlichen Reaktions- bzw. Reflexmustern niederschlagen. Wir sehen beispielsweise ein Kind mit überstarkem Moro-Reflex, hypertonem Psoas, Schlafstörungen, konstriktierten Suturen des Neuroendokrins und hohem Tonus im Bereich des Ganglion coeliacum.

Es sollte hier auch der Begriff eines fetalen Traumas differenziert werden,

denn auch vor der Geburt können äquivalente Situationen für das ungeborene Kind entstehen, wie zum Beispiel Sauerstoffmangel bei rauchenden Müttern – oder auch Vätern, denn der Rauch könnte im Bett auch über die Haut ausdünsten. Oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit Toxinwirkung auf das Kind oder übermäßiger Stress, da Stresshormone plazentagängig sind, auch Zwillingstotgeburten sind hier zu nennen usw. Vielleicht wissen wir in einigen Jahren auch mehr darüber, inwiefern der Zeugungsakt selbst als traumatisch für den werdenden Menschen wirken könnte.

Kulturelle und biosoziale Unterschiede sind in der Behandlung zu beachten. Die Art, wie mit der Geburt umgegangen wird, die frühe gemeinsame Zeit von Kleinkind und Eltern kann von Land zu Land sehr unterschiedlich sein. Darunter fallen beispielsweise die Häufigkeit von Kaiserschnittgeburten oder auch Beschneidungsrituale – Letztere zählen natürlich nicht zum Geburtstrauma, können deren Auswirkungen aber möglicherweise verstärken.

Hat ein Geburtstrauma für Sie alle drei Komponenten – Körper, Geist, Seele – oder ist es möglich, zum Beispiel ein rein körperliches Geburtstrauma zu haben?

Bei dieser Frage wäre als Erstes zu klären, wie denn Körper, Geist, Seele definiert sind. Stills Sichtweise war beispielsweise sicher anders, als die meisten es in unserer heutigen Zeit verstehen würden. Wenn damit physische, mentale und emotionale Auswirkungen gemeint sein sollen, dann kann sich ein Trauma physisch, emotional und mental auswirken und tut es meist auch. Physische Traumata haben meist deutlich psychische Repräsentationen, da sie starke Not-situationen im Anfangserleben des Menschen darstellen. So kann man

diese sogenannten Komponenten eigentlich gar nicht trennen, vielmehr spiegeln die Facetten eines Traumas sich in allen Facetten wider. Soma und Psyche sind nicht getrennt zu betrachten. Ihre wechselseitigen Interaktionen sind mehr als nur zwei Seiten einer Medaille. Sie sind dynamisch, prozesshaft und aufs Innigste verwoben. Deshalb hat jede therapeutische Berührung und Arbeit am Gewebe insbesondere bei Trauma immer auch potenziell Einfluss auf Soma wie Psyche. Nichtsdestotrotz ist ein Schlüsselfaktor die Fehlregulierung des Nervensystems, weshalb der Einfluss auf das ANS bei Trauma und seiner Behandlung essenziell ist.

Können Sie weiter ausführen, warum das so wichtig ist?

Ich lehre seit Jahren die Bedeutung von Dynamiken, wie sich die Biographie mittels Biochemie, Neurovegetativum, Metabolismus etc. im Gewebe bzw. in der Struktur niederschlägt und umgekehrt. Dieses Beziehungsgefüge wirkt wechselseitig und prozessdynamisch. Traumata können sich aber auch verstärkt im Körperlichen oder im Psychischen äußern. Bedeutsam für die Klinik sind die vielschichtigen Interaktionen – damit meine ich die vielen wechselseitigen Einflüsse im Gewebe, emotional, in mentalen Reifungsprozessen, in der neuromotorischen Entwicklung, in vielfältigen Funktionssystemen und dem inneren Erleben des Kindes. Ein verstärkter und persistierender Moro-Reflex oder asymmetrischer tonischer Nackenreflex behindert zum Beispiel die weitergehende Augen-Hand-Koordination. Hinzu kommen Einflüsse wie Disposition, Virenbelastungen, Mikrobiom, Immunsystem, Toxinbelastung, die die Toleranz bzw. Integration von Traumata und die Verarbeitungscompetenz senken können oder umgekehrt. Hier sind Bottom-up- und Top-down-Prozesse wichtig zu kennen, zu differenzieren, zu berücksichtigen und in der Behandlung auch zu nutzen.

Wie entsteht ein Geburtstrauma?

Einige Beispiele habe ich bereits angeführt. Eine der Hauptlokalisationen ist

der Kopf des Kindes. Er ist mechanischen Kräften ausgesetzt, die aus einem Missverhältnis zwischen Kopf- und Beckengröße herrühren können; dies ist phylogenetisch in einer zunehmenden Hirnentwicklung verortet. Beckendysfunktionen der Mütter im Bereich des Sakrums, der Coccyx, der Symphyse, des Beckenbodens, Narbenbildungen, ein starres Becken aufgrund von Bewegungsmangel oder ein erhöhter Tonus der Beckenbodenmuskulatur sind hier als Beispiele zu nennen. Wird eine Geburt unnötigerweise etwa mit Oxytocin forciert, anstatt sie natürlich stattfinden zu lassen, kann möglicherweise der Geburtsprozess zu heftig verlaufen. Auch wenn es selbstverständlich viele Umstände gibt, die den Einsatz geburtseinleitender Maßnahmen notwendig machen. Faktoren können untersucht werden, die den Geburtsprozess unterstützen bzw. diesen möglicherweise behindern. Die Geburtspositionen der Mutter wären hier zu diskutieren: Beispielsweise bietet eine Geburtsposition in der Hocke, die den Beckendurchmesser vergrößert, gegenüber Varianten in Rückenlage Vorteile. Während unterschiedlicher Geburtsphasen können unterschiedliche Bereiche der Kopfregion betroffen sein. Im Falle einer Nabelschnur, die sich um den Hals gewickelt hat, betrifft es die Halsregion und durch den Sauerstoffmangel vor allem das Gehirn. Das Gehirn ist sehr sensibel gegenüber Sauerstoffmangel, das heißt, es ist in jeder Situation, die diesen hervorruft, betroffen.

Eine Mekoniumaspiration, die allerdings meist vor Beginn der eigentlichen Geburt stattfindet, betrifft den gesamten Organismus, ebenso der Einsatz von Anästhetika. Letzteres müsste je nach Verfahren und Stoff differenzierter diskutiert werden. Eine hohe Adrenalinausschüttung bei der Geburt ist eine wichtige Schutzreaktion des Kindes, die bei einem geplanten Kaiserschnitt möglicherweise fehlt. Es können auch physische Traumata im Bereich der Schultern auftreten, zum Beispiel an der Klavikula oder am Plexus brachialis.

Wie kann man ein Geburtstrauma diagnostizieren bzw. wie ist Ihre Art, es zu diagnostizieren?

Alle unsere Sinne sind an der Befunderhebung beteiligt. Wir achten auf körperliche, emotionale, kognitive Zeichen und das soziale Verhalten des Kindes. Der Anamnese, dem Gespräch messe ich hohe Bedeutung zu. Wie war die Schwangerschaft, die Geburt, die Geburtsposition, wie waren die ersten Reaktionen nach der Geburt? Wie ist das Verhalten des Neugeborenen oder Kindes, sein Reflexmuster? Kann es gestillt werden, zeigt es Schluck-, Saugprobleme, einen Schiefhals etc.?

Posttraumatisch finden wir stets Veränderungen im ANS. Deshalb ist die Befundung des ANS sehr wesentlich. Wie sind die Qualitäten des Herzschlags? Wir können auch mittels der Herzratenvariabilität das Neurovegetativum messen. Nicht nur hohe offensichtliche Stresswerte, sondern auch paradoxe Werte sind ein Hinweis auf ein Trauma. Wie ist der Gesichtsausdruck des Kindes, macht es Augenkontakt? Wie ist die Haut, kalt oder warm, welche Farbe hat sie? Wie ist die Atmung, entfalten sich die Lungen gut bei der Atmung, wie bewegt sich der Bauch dabei? Ist das Kind unruhig oder anteilslos, zeigt es Schreckreaktionen? Wie sind die frühkindlichen Reaktionen bzw. das Reflexmuster? Wie ist der Muskeltonus, hyper- oder hypoton? Wie wirken die Gelenke? Gibt es Ein- oder Durchschlafstörungen? Wie ist die Interaktion zwischen den Eltern und dem Kind? Aktive Belastungen frage ich bei Kindern auch über eine visuelle Belastungsskala oder den Armlängenreflextest ab.

Die Palpation gibt uns weitere wichtige Informationen: Ist der Gewebetonus zu schlaff oder zu hoch? Wie fühlen sich der Schädel, der kraniozervikale Übergang, die Schädelknochen und Hirnstrukturen und der Bauchraum an? Wie das Sonnengeflecht, die Psoasmuskeln? Reagiert das Kind auf sanften Handkontakt am Kopf mit Abwehr, drückt es stark in die Hände hinein oder verdreht es sich dabei, können dies Hinweise sein, dass traumatische

Auswirkungen im Rahmen des Geburtsprozesses noch aktiv sind. Häufig bringt sich das Kind selbst in Traumaposition oder verharrt in dieser. Wir können auch mittels sanfter Kompressionen solche Traumapositionen befunden.

Wie gehen Sie dabei vor?

Wenn wir durch unseren Handkontakt an Kopf und Becken mit sanfter longitudinaler Kompression die Spannungen im Körper kopieren, nimmt das Kind meist Geburtspositionen ein, in denen es möglicherweise traumatische Situationen erlebt hat, beispielsweise einen stockenden Geburtsprozess, eine zu schnelle Geburt oder eine Kaiserschnittgeburt. Das Kind kommt zum Beispiel zur Ruhe, wenn es an bestimmten Stellen im Körper Druck erfährt. Oder umgekehrt: Es reagiert in bestimmten Positionen mit Hyperarousal oder mit einer Erstarrungsreaktion.

Auch untersuche ich die Mittellinienstrukturen bzw. Funktionen, das heißt, das Neuralrohr, die Chorda dorsalis und die anteriore Mittellinie. Nach Traumata habe ich oft den Eindruck, dass hier Dysfunktionen auftreten. Das fühlt sich für mich palpatorisch an, als würden Kompressionen, Unterbrechungen, Stagnationen, verlangsamte Dynamiken oder Ausdünnungen, Alterationen in Flussrichtungen auftreten. Anschließend palpieren ich mittels der Arme und Beine, ob sich Spannungen eher in der Splanchnopleura oder Somatopleura zeigen. Starke Spannungszonen würden im Rahmen der Traumabehandlung kontaktiert.

Wie kann man ein Geburtstrauma behandeln bzw. wie würden Sie vorgehen?

Es ist absolut wesentlich, dass die Eltern mit im Boot sind und ggf. mitarbeiten. Hier ist mir wichtig, dass die Eltern verstehen und Verständnis haben für die Prozesse ihres Kindes. Sind die Kinder, die zu mir kommen, schon älter als drei Jahre, dann lasse ich die Beziehungsgeflechte in der Familie nachstellen – durch kleine Figuren, die Eltern und Geschwister repräsentieren, und grüne und rote Fäden, die das Kind zwischen die einzelnen Figuren legen kann. Die

Ressourcen oder Belastung innerhalb der Familie zu berücksichtigen ist bedeutsam für den Heilungserfolg. Gefühle von Sicherheit, Geborgenheit, Gehaltenwerden, Körperkontakt, einfühlsame Berührungen, Augenkontakt, mimisches Aufeinandereingehen, Wechseln von Ruhe und Aktivitäten sind allgemeine Aspekte, wie Eltern Heilung und allgemeines Wohlbefinden ihres Kindes unterstützen können.

Auch die Berücksichtigung von Steuerungssystemen ist in der Behandlung eines Traumas wesentlich, denn sie beeinflussen die Resilienz des Systems, die Ressourcen im Kind. Belastungen durch Toxine etc. können möglicherweise Regulations- und Anpassungsvorgänge der Traumaverarbeitung behindern. Das heißt, übergeordnete Störfaktoren, etwa Antibiotikaeinnahmen, Schwermetallbelastungen über die Mutter, Nährstoffmangel der Mutter, Farbpigmente im Kinderspielzeug oder Einflüsse über den Wohnort wie Elektromog, sind hier zu berücksichtigen.

Nach dem Gespräch mit den Eltern beginne ich stets mit Kontaktaufnahme, ein empathischer Kontakt ist hier wesentlich. Natürlich beginnt die Kontaktaufnahme schon durch die Terminvereinbarung, den Eintritt in die Praxis und den Beginn der Konsultation. Die Art, wie ich den Eltern und dem Kind gegenüber sitze, die Praxis-einrichtung, die Art meines Zuhörens, meines Sprechens und meiner Fragen, meine Mimik und Körperhaltung, all das wirkt auf das Kind und die Eltern und beeinflusst die Behandlung. Diese Kontaktaufnahme bzw. das Umfeld ist wie ein Uterus, der unsere Behandlung trägt, umhüllt und begleitet.

Dann folgt der Handkontakt, in der Regel an den Füßen, zunächst im Sinne eines „sich zeigen lassen“. Ohne zu interpretieren nähere ich mich über die Hände an und versuche, mich dabei zuerst bewusst jeder Bedeutungs-zuordnung zu verweigern. Dies hilft, einen empathischen Kontakt herzustellen. Meist passiert es auch von selbst, dass meine Mimik die Mimik des Kindes kopiert, meine Haltung die Haltung des

Kindes kopiert. Merke ich hier, dass zum Beispiel gewisse Reaktionen des Kindes mich triggern, kann ich dies innerlich später bearbeiten, aber im therapeutischen Kontakt erst mal zur Seite stellen. In solchen Momenten kann es auch sein, dass ich bewusst meine Mimik der des Kindes angleiche. Behandeln bei Kindern bedeutet vor allem Verstehen von Prozessen, eine zuhörende Palpation. Das Kind hat die Tendenz, bestmöglich mit Traumasituationen umzugehen. Diese bestmögliche Reaktion – Ausdruck unserer Homöostase – nutzen wir in der Behandlung. Um fehlgeleitete Abläufe zu integrieren, ist es eine unumgänglich, biologische, psychische, mentale und andere Entwicklungen zu kennen, etwa die motorische Entwicklung, die Sprachentwicklung. Um mittels der Palpation die eigenen Ressourcen im Kind in der Behandlung zu nutzen, synchronisiere ich mich mit palpierbaren Rhythmen – dem Atemrhythmus und anderen inhärenten Rhythmen, zum Beispiel mit den sog. kraniosakralen Rhythmen usw. – und mit dem Fließen im Körper.

Wie gehen Sie vor, wenn sich das Kind, wie sie vorher beschrieben haben, in eine geburtstraumatische Position begibt?

Wenn das Kind eine Position zeigt, in der es verharrt oder reagiert, kann es sinnvoll sein, den Geburtsprozess in einem ressourcenreichen Zustand nachzustellen. Beispielsweise nehme ich das Neugeborene in beide Arme, umfasse mit den Händen einfühlsam den Kopf und übe eine sehr sanfte Kompression am Kopf aus. Oder ich halte das Kind mit einer Hand am Kreuzbein und mit der anderen Hand am Kopf und übe eine sanfte longitudinale Kompression aus. Ich nutze hier ein Kompressionsfeld mit der Intention, das Kind mit geburtstraumatischen Positionen oder Situationen in Kontakt zu bringen. Bewegungen des Kindes und seiner Gewebe werden verlangsamt zugelassen bzw. unterstützt. Die Verlangsamung der Bewegungen des Kindes und seiner Gewebe, die dann stattfinden, ist dabei wesentlich.

INTERVIEW



Abb. 1: Behandlung des Nackens im Bereich C0/C1/C2. (Aus [1], © Bayer Design)



Abb. 2: Entspannung des Sonnengeflechts. (Aus [1], © Bayer Design)

Der Prozess der Geburt wird quasi mit Ressourcen noch mal durchlebt. Wir achten dabei stets darauf, dass das Kind diesen Prozess mit ausreichend Ressourcen durchlebt, damit das Empfinden und Reagieren das Kind diesmal nicht überfordert. Wir geben dem Kind Raum und Zeit zum Atmen, Schutz vor zu viel Intensität, Kraft und Geschwindigkeit und unterstützen den Gewebeprozess zum Beispiel durch Synchronisation mit inhärenten Rhythmen.

Dann achte ich auf mögliche Dysfunktionen. Der Gewebetonus gibt mir Einsichten auch in mögliche Belastungen, etwa der Region C0/C1/C2 (Abb. 1), des Sonnengeflechts (Abb. 2), aller Wirbelsäulenübergänge etc.

In der Behandlung richte ich meine Aufmerksamkeit auf die Synchronisation mit inhärenten Ressourcen, gleichzeitig auf die Synchronisation mit Dysfunktionsmustern und auf in den Dysfunktionsmustern schlummernde homöostatische Kräfte. Häufig wende

ich dabei sanfte Kompressionsfelder, viel seltener Dehnungsfelder an. Meist wähle ich indirekte Ansätze, aber es kommen auch direkte sanfte Spannungslösungen vor. Dabei nutze ich auch sanfte bilaterale Stimulationen, zum Beispiel überkreuztes Streichen am Körper und Polarity-Handanlegungen, wie ich es bei Rob Fulford gelernt habe.

Ich habe mich die letzten elf Jahre intensiv mit der Entwicklung osteopathischer Traumabehandlungen beschäftigt. Elemente davon wende ich auch bei Kleinkindern an, aber es führt zu weit, diese hier alle zu diskutieren. In Heft 2/2016 der *Osteopathischen Medizin* habe ich einen kurzen Artikel dazu geschrieben.

Die Palpation von Gewebequalitäten, Fließen etc. verbinde ich mit der Wahrnehmung der energetischen Wechselwirkung im Körperfeld, dem ich über die Augen folge – das habe ich von Bernard Darraillans, einem französi-

schen Osteopathen, gelernt, vorher habe ich immer meine Hände umständlich vom Körper gelöst, um Körperfelder zu palpieren. Während der Behandlung beobachte ich stets die Mimik und Atmung, da sich der therapeutische Prozess, das innere Erleben hier unmittelbar ausdrückt. Die Atembeobachtung ist mir besonders wichtig, denn sie gibt mir sofort Rückmeldung über mögliche Änderungen: Geht die Atmung tief in den Bauch oder stockt sie? Wird sie ruhiger oder schneller?

Mittellinienstrukturen bzw. -funktionen harmonisiere ich regelmäßig, das heißt, die Dynamiken im Neuralrohr, im Bereich der Chorda dorsalis und die anteriore Mittellinie. Möglicherweise sind sanfte Palpationen des Nervensystems, zum Beispiel der Amygdala, hilfreich. Jedes Kind benötigt stets eine individuelle Vorgehensweise. Ist der Psoas beispielsweise hyper- oder hypoton, ist dies ein Hinweis für unterschiedliche Prozesse und erfordert unterschiedliche Behandlungen. Bei Neugeborenen, noch mehr bei Frühgeborenen ist eine sehr, sehr sanfte Berührung zwingend.

Entschleunigung ist in der Behandlung wesentlich. Intellektuelle Modelle embryonaler Bewegungen sollten auf keinen Fall die Unmittelbarkeit der Berührung beeinträchtigen, können aber manchmal mögliche Zugänge darstellen. Verschiedene Varianten zur Synchronisierung mittels der Okziput-Sakrum-Schaukel (Abb. 3) wende ich stets an, sei es am Anfang oder am Ende der Behandlung als Abschluss. Wichtig, sogar sehr wichtig ist es, die Grenzen unserer Behandlung zu kennen und dem Kind keine notwendige andere Behandlungen vorzuenthalten, da die osteopathische Behandlung sonst möglicherweise zu einem chronifizierenden Faktor in der weiteren Entwicklung führen könnte.



Abb. 3: Okziput-Sakrum-Schaukel. (Aus [1], © Bayer Design)

Literatur

- [1] Liem T, Plothe C (2009) Kinder-Osteopathie Sanfte Berührung in den ersten Lebensjahren. Knauer, München