

Der Mensch als Umgebung für den Säugling

Kinästhetik Infant Handling – Entwicklung und Lernen (Teil 3) Kinästhetik ist eine Möglichkeit, die grundlegenden Muster der menschlichen Bewegungsfähigkeit wieder zu erlernen und sich der eigenen kinästhetischen Wahrnehmungsfähigkeit und sensomotorischen Interaktionsfähigkeit bewusst zu werden. Das setzt persönliche Lernprozesse voraus und zielt auf die Erweiterung persönlicher und beruflicher Kompetenz im zwischenmenschlichen Bereich. ✎ Liane Emmersberger

Das erste Lernziel der Kinästhetik ist es, den eigenen Körper und seine Bewegungsfähigkeit als „Werkzeug“ zur Unterstützung der Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeiten des Kindes einzusetzen. Die Auseinandersetzung mit dem Kinästhetik Infant Handling und den kindlichen spiralförmigen physiologischen Bewegungsmustern unterstützt das Vermögen, Alltagsbewegungen kraftökonomisch und physiologisch auszuführen und so die frühkindlichen Reflexe zu integrieren oder zu hemmen und die notwendigen Stell- und Gleichgewichtsreaktionen zu erlernen. Das zweite Ziel ist, zu lernen, welche große Rolle ich als erwachsene Person in der Umgebungsgestaltung einnehme. Das dritte Lernziel ist, mir bewusst zu sein, wie ich mit Menschen interagiere und jede Aktivität freundlich zugewandt gestalte.

Kinästhetik und Kinästhetik Infant Handling – Konzepte

Die sechs Konzepte der Kinästhetik sind Interaktion, Anatomie, Bewegung, Funktion, Beziehung, im Sinne des Einsetzens von Gewicht und Gleichgewicht, sowie der Mensch als Umgebung und die Umgebungsgestaltung mit Hilfsmitteln. Im Kinästhetik Infant Handling spielen vor allem die Interaktion, die Umgebungsgestaltung sowie die Kenntnis von anatomischen Strukturen eine wesentliche Rolle. Für jeden Menschen ist ein kinästhetisches Bewegen im Alltag ein echter Gewinn um Muskeldysbalancen vorzubeugen und sich somit auch noch im Alter bewegen zu können.

Interaktion: Aufeinander bezogenes Handeln durch den Austausch von Informationen/Reizen/Signalen. Jeder Moment des Lebens ist Interaktionsgeschehen. Eine gelungene Interaktion zwischen Menschen setzt ein gegenseitiges Austauschen von Informationen und das Wahrnehmen dieser aus der Umgebung voraus. Der Informationsaustausch kann auditiv, visuell, taktil, kinästhetisch, manchmal auch olfaktorisch oder gustatorisch stattfinden. Dabei gibt es drei verschiedene Interaktionsformen: Bei der wechselseitig-gemeinsamen Interaktion werden Information und Feedback ohne

wahrnehmbare Zeitverzögerung wechselseitig gegeben, so dass sich die Bewegungen der beteiligten Personen synchronisieren. Bei der schrittweisen Interaktion erfolgen Information und Feedback wechselseitig mit Zeitverzögerung. Bei der einseitigen Interaktion geht die Information nur in eine Richtung, Feedback ist nicht möglich oder wird nicht beachtet. Auf zu schnelle Handlungen, Berührungen, einseitige Interaktionen reagieren Säuglinge mit erhöhtem Muskeltonus. Bleibt dies unbeachtet, kann kein unterstützender Bewegungsdialog entstehen; bei Wiederholung kann das Baby und Kleinkind seine Abwehrreaktionen sogar verstärken und die Schutzreflexe aktivieren.

Gemeinsame Interaktionen führen beim Kind zu einer Kompetenzerweiterung, die Schutzreflexe können integriert sowie die Bindung unterstützt und gefördert werden. Voraussetzung dafür sind zum einem die Aktivierung des Bonding Reflexes bei Mutter/Vater und Kind direkt nach Geburt, das Beobachten und Wahrnehmen der körperlichen Reaktionen des Kindes und zum anderen Vertrauen in die Bewegungs- und Kommunikationskompetenz eines Kindes ab Geburt.

Anatomie: Knochen und Muskeln sind berührbare Teile, die in Funktionseinheit arbeiten. Die Knochen sind das stützende, gewichttragende und stabile Element, während die Muskeln das dynamische, verändernde und instabile Element des Körpers sind.

Körperteile wie (Hinter-)Kopf, Brustkorb, Beckenring, Arme und Beine sind die sogenannten Kontaktzonen, denn ein Kontakt an Körperteilen unterstützt die Beweglichkeit. Neben den Kontaktzonen bilden alle Gelenke – wie Hals, Taille, Schultergürtel, Hüftgelenke und Kniegelenke – die Bewegungszonen. Sie ermöglichen die isolierte oder integrierte Bewegung der Körperteile. Der Kontakt an Bewegungsräumen hat Unbeweglichkeit (Blockade) zur Folge. Dies kann bei gehandicapten Kindern sinnvoll sein, wenn zum Beispiel beim Trachealkanülenwechsel der Kopf ruhig liegen soll. Bei gesunden Kindern ist dies nicht erstrebenswert, da es eine kraft-

und bewegungsökonomische Bewegung verhindert und die Kinder in einer Position gehoben oder gehalten werden, in denen sie häufig passiv hängen (z.B. beim Schalenriff). Ein weiteres Beispiel ist häufig beim Anlegen zum Stillen in der modifizierten Wiegehaltung zu beobachten.

Landet die Hand der Mutter im Nacken des Babys, wird aus Unsicherheit der Mutter häufig mit Daumen und Zeigefinger in den Nacken gegriffen. Das Baby wird rund gedrückt, die Mundöffnung ist nur schwer möglich und das Baby dadurch sehr unruhig. Idealerweise wäre es, die Hand wie eine Schüssel zu formen, den Daumen nah an den Zeigefinger zu positionieren und der Hinterkopf liegt in der Mulde in der Hand. Der Körper des Babys befindet sich auf einem gut formbaren Stillkissen, so dass es Bauch an Bauch angelegt werden kann.

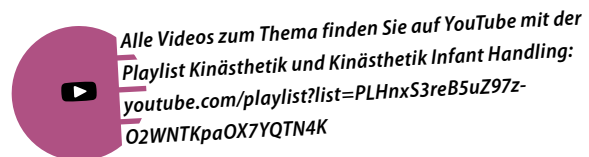
Die sogenannten Orientierungszonen bieten Orientierung: Beispielsweise den Scheitel als höchsten, die Spitzen der längsten Zehen als tiefsten Punkt. Die Längsachse trennt die beiden Körperseiten. Parallele Bewegungen orientieren sich an der Körpermitte, der Hüftgelenk-Schambein-Linie. Für spiralförmige Bewegungen bilden die Körperdiagonalen die Orientierungszone. Die Vorder- oder auch Beugeseite ist die Orientierungszone für Interaktion und Anpassung, während die Rück- bzw. Streckseite für Schutz und Gewichtstragen zuständig ist.

Unter anderem beim Ablegen und Aufnehmen eines Säuglings sowie beim Tragen spielt die Orientierung eine große Rolle. Bewege ich ein Kind kinästhetisch zum Liegen, so berühren zuerst die Füße den Untergrund. Bewege ich ein Kind auf den Arm, verlassen die Füße als letztes den Untergrund. Das Baby kann sich sofort orientieren, fühlt sich sicher, eine Abwehrreaktion kann vermieden und die Auslösung des Moro-Reflexes verhindert werden. Wird das Baby im Tragetuch getragen, erfährt es eine sichere großflächige Begrenzung und Unterstützung an der Vorder- und Rückseite seines Körpers. Die Bewegungen der Mutter/des Vaters regulieren das Kind, es erfährt natürliche Bewegungen, die Schwerkraft wird abgemildert und der Moro-Reflex natürlich gemeinsam mit dem spiraldynamischen Bewegungen integriert bzw. gehemmt. Durch die Anhockspréizhaltung und die Bauchmassage aufgrund der Bewegungen des Tragenden, wird der Darm des Babys massiert und Luft kann entweichen.

Beim Fliegergriff liegen der Kopf und der Bauch des Babys zwar sicher auf dem Arm des Tragenden, aber die Beine und Arme hängen passiv gegenüber der Schwerkraft nach unten, eine Hand greift zwischen die Beine des Babys, eine spiraldynamische Bewegung am Darm ist nicht möglich, Luft kann nur schwer entweichen und das Baby ist aufgrund der Lage, des Blicks nach unten, den häufigen schnellen Laufbewegungen oder dem schnellen passiven Hüpfen auf dem Pezziball verschiedenen Reizen „ausgeliefert“ und zieht sich in den „Schutzreflexe-Schlaf“ zurück. Das hilft zwar im ersten Moment, löst aber nicht die Ursachen von Bauchweh oder des langanhaltenden Weinens eines Babys. Deswegen empfehle ich hier eine andere Trageweise, wie sie im Vergleich in den Bildern zu sehen ist oder das Tragen im Tragetuch oder einer geeigneten Tragehilfe (**Abb. 1 und 2**).

Grundsätzlich ist es empfehlenswert, sein Kind immer achtsam, langsam und zugewandt zu beobachten und an den Kontaktzonen zu berühren und von hier jegliche Bewegung zu beginnen, damit

sich das Baby, später das Kleinkind, von Geburt an an allen Alltagsaktivitäten aktiv beteiligen kann. Ein positiver Nebeneffekt ist, dass es auch für die Bezugsperson sehr viel leichter ist, ein Kind kraft- und bewegungsökonomisch zu bewegen, statt es passiv zu heben und so Rücken- und Gelenkschmerzen zu provozieren. Am Beispiel Wickeln ist dies sehr gut beschreibbar: Beziehe ich das Kind von Geburt an in den Wickelprozess ein, indem ich Kenntnis vom Kinästhetik Infant Handling habe und das Baby im besten Fall nur gewickelt wird, wenn es satt und zufrieden ist, kann es sich von Beginn an diesem Prozess aktiv beteiligen. Das bedeutet, dass erst



der Kopf auf eine Seite bewegt wird und anschließend entsprechend der Richtung des Kopfes das Baby, über die Kontaktzone Becken und Oberkörper, auf die Seite gedreht wird. Die Beine können wie ein kleines Päckchen gebeugt werden und anschließend langsam und achtsam auf die Seite gedreht werden. Sobald das Baby greifen und Spannung am Arm aufbauen kann, besteht die Möglichkeit des aktiven Drehens auf die Seite. Umgreife ich stattdessen die Füße des Kindes, ziehe so parallel an den Beinen und hebe passiv das Gesäß, kann sich das Kind nicht an dem Wickelprozess beteiligen und reagiert sobald es Bewegungskontrolle erlangt hat mit einer Abwehrreaktion. Für die Bezugspersonen kann das Wickeln anstrengend, stressig und zu einem regelrechten Kampf werden. Deswegen empfehle ich hier uneingeschränkt das langsame, zugewandte kinästhetische Wickeln.

Bewegung: Die menschliche Bewegung hat zwei Aspekte: Stabilität und Instabilität. Stabilität drückt sich durch die Fähigkeit des Menschen aus, seine Körperteile in der Schwerkraft und in Beziehung zu halten (Haltungsbewegung). Instabilität drückt sich durch die Fähigkeit aus, die Beziehung der Körperteile zu verändern (Transportbewegung). Dabei wird von parallelen und spiralförmigen Bewegungsmustern ausgegangen. Die Parallelen wie Strecken, Beugen, Drehen, sind anstrengend, belastend und benötigen eine große Fähigkeit zur Bewegungskontrolle. Spiralförmige Bewegungen wie Drehen-Strecken oder Drehen-Beugen folgen der Struktur der frühkindlichen Reflexe und des Bewegungsapparates und die Stell- und Gleichgewichtsreaktionen können sich entwickeln. Damit ein Kind genügend Bewegungskontrolle erlangen kann, muss es sich erst im Inneren orientieren können, um anschließend von Kopf bis Fuß genügend Bewegungskontrolle erlernen, um sich selbstständig erst in der horizontalen und später auch in der vertikalen Ebene bewegen und fortbewegen zu können.

Funktion: Ein Kind lernt individuell in den ersten beiden Lebensjahren, sich durch verschiedene Positionen immer weiter bis in den aufrechten Gang zu bewegen. Diese sind an den natürlichen Verlauf der Bildung und Funktion der frühkindlichen Reflexe und Re-

Abb. 1: Tragen im Fliegergriff – So bitte nicht!



aktionen angelehnt und fördern so die physiologische Reflexhemmung und Reflexintegration. Wird ein Kind also vorzeitig und unachtsam passiv in eine Position gehoben, zum Beispiel in das Sitzen, hat es zum einen keine Ahnung, wie es aus dieser Position wieder rauskommt und zum anderen noch nicht genügend Muskulatur aufgebaut, um das Gleichgewicht im Bezug zur Schwerkraft und seinen Körperproportionen zu halten. Entweder weint es, bis es seine Bezugsperson wieder aus dieser Position hebt, oder schlimmstenfalls verliert es das Gleichgewicht, fällt nach hinten auf den Hinterkopf und verletzt sich. Das bedeutet, dass der Weg in das Sitzen, dessen langes Üben, entscheidend ist für den Aufbau der stabilisierenden Rumpfmuskulatur und die Entwicklung der Gleichgewichts- und Stellreaktionen. Hierfür ist die vollständige Kopfkontrolle notwendig.

Ähnlich verhält es sich mit dem passiven Hinlegen in die Bauchlage auf einem flachen Untergrund, schlimmstenfalls noch mit einer Querrolle unter den Oberkörper. Auch hier ist vor allem der Weg in die Bauchlage entscheidend, da das Kind zuerst die Kopfkontrolle in der Rückenlage erlernen muss, um dann die Drehbewegung einleiten zu können, um später durch eine kleine Kopfhhebung in die Bauchlage zu rollen. Hier empfehle ich die Bauchlage auf dem Bauch der Bezugsperson in der Embryohaltung oder das Tragen im Tragetuch, um dem Kind die Möglichkeit des Übens der Kopfkontrolle zu geben.

Auch das kinästhetische Aufnehmen des Babys aus der Rückenlage über die Bauchlage auf den Arm der Bezugsperson trainiert auf natürliche Art und Weise die Halsmuskulatur und hat so einen positiven Einfluss auf die Halte-, Nacken- und Rumpfmuskulatur sowie die Stützkraft, weil so die Knochen des Kindes von Beginn an genutzt werden.

Abb. 2: Alternative für zu Hause:



Beziehung: Das Einsetzen des eigenen Gewichts in der körperlichen Interaktion spielt eine große Rolle, um ein dynamisches Gleichgewicht zwischen den Beteiligten herzustellen. Hier gibt es zwei Beziehungsfaktoren, das Hängen – Ziehen und das Verstreben – Drücken. Beim ersten hängt das Körpergewicht vom gemeinsamen Kontakt weg, die Bewegungsanpassung erfolgt durch gegenseitige Informationen im Ziehen. Wogegen beim zweiten Faktor das Körpergewicht gegen den gemeinsamen Kontaktpunkt drückt und die Information über das Drücken kommt. Dieses Konzept spielt vor allem in der Außerklinischen oder Behindertenpflege eine große Rolle, wenn die Kinder größer und schwerer sind und keine Bewegungskontrolle erlangen können. Im Umgang mit dem neugeborenen Kind ist es wichtig, sich seiner körperlichen Überlegenheit durch das eigene Körpergewicht bewusst zu werden

Umgebung: Der Mensch befindet sich in einem ständigen Interaktionsprozess mit seiner Umwelt – ein wechselseitiger Prozess der Anpassung an die Umgebung. Säuglinge, Kleinkinder und schwer mehrfachbehinderte Kinder haben keinen bzw. noch keinen Handlungsspielraum, um sich die eigene Umgebung zu gestalten. Die Unterstützung der Weiterentwicklung des Kindes findet durch eine tragfähige soziale, emotionale und körperliche Beziehung zu den Eltern und/oder anderen Bezugspersonen statt. Die Bezugsperson Mensch kann als „Umgebung Mensch“ mittels ihrer eigenen Funktionsfähigkeiten die Möglichkeiten des Kindes unterstützen und Rückkopplung geben, in dem es beobachtet, die Reaktionen des Kindes wahrnimmt, sich immer und immer wieder an dessen Bewegungsentwicklung und Kognitive Entwicklung anpasst und jede Interaktion, jede pflegerische Tätigkeit achtsam und zugewandt gestaltet.

Bedeutung Kinästhetik und Kinästhetik Infant Handling für jeden Einzelnen

Kinästhetik ist eine Möglichkeit, die grundlegenden Muster der menschlichen Bewegungsfähigkeit wieder zu erlernen, sich der eigenen kinästhetischen Wahrnehmungsfähigkeit und sensomotorischen Interaktionsfähigkeit bewusst zu werden und sie zu entwickeln. Das setzt persönliche Lernprozesse voraus und zielt auf die Erweiterung persönlicher und beruflicher Kompetenz im zwischenmenschlichen Bereich – auf eine höhere Bewusstheit, Flexibilität und Handlungsfähigkeit in der Kommunikation von anderen. Für Hebammen bedeutet dies, sich selbst und die zu betreuenden Eltern für die Bewegungskommunikation mit ihrem anvertrauten Kind zu sensibilisieren und die Mutter-/Vater-Kind-Bindung in den Vordergrund zu stellen. Die Schwangerschaft, der Geburtsverlauf und die Geburt selbst spielen eine wesentliche Rolle bei der Bildung und Aktivierung der Schutzreflexe und haben somit große Bedeutung für den Start ins Leben und jegliche weitere Entwicklung des Kindes. Wird ein neugeborenes Baby langsam und achtsam an den Kontaktzonen berührt und auf den Bauch der Mutter bewegt, erfährt es einen anderen Start ins Leben, als wenn es schnell und unachtsam an den Armen/Schultern mit den Beinchen nach unten hängend passiv auf den Bauch der Mutter gehoben wird.

Für Eltern im Umgang mit dem gesunden Säugling bedeutet dies, dem Säugling Zeit zu geben, sich in seinem Tempo und in seinem physiologischen Bewegungsmuster zu entwickeln. Im täglichen pflegerischen Umgang mit dem Kind unterstützen Eltern es dort, wo es Hilfe einfordert. Die Eltern lernen mit ihrem Kind über Bewegung zu kommunizieren. Dies ist gerade in den ersten zwei Lebensjahren sehr wichtig, da Säuglinge und Kleinkinder über die sprachliche Kommunikation eingeschränkt sind und sich nur nonverbal über ihre Körperreaktionen mitteilen können.

In der Kinderkrankenpflege, insbesondere in der außerklinischen Intensivpflege, bedeutet dies, dass das gehandicapte bzw. der Pflegeperson anvertraute zu pflegende Kind durch Bewegung aktiv gefordert und gefördert werden kann. Das gehandicapte Kind kann durch die Pflegeperson Positionen erleben und kennenlernen, die es ohne Hilfe nicht erreichen könnte. Indem es seine Körperspannung erhöht oder vermindert, erhält der Pflegenden prompt eine Antwort vom Kind und dadurch zeitnah ein Feedback über dessen Wohlbefinden. Die eigenen Sinne der Pflegeperson werden durch diese Nähe zum Kind sensibilisiert, die „Kranken“-Beobachtung geschärft. ▶||

FAZIT

Die Bezugsperson Mensch nimmt über Beobachtungen, seine eigenen Berührungen, Handlungen und pflegerischen Tätigkeiten bewusst wahr und reflektiert, wie er ein Kind berührt, greift, hebt, trägt und bewegt.

Das Erlernen des Kinästhetik Infant Handling und die Kenntnis der Konzepte der Kinästhetik und der eigenen Bewegungsfähigkeit ermöglichen es, einen erfolgreichen acht-samen zugewandten bindungsorientierten Bewegungsdialog im Sinne der physiologischen Bewegungsentwicklung einzugehen und so die frühkindlichen Reflexe – insbesondere den Moro-Reflex – auf natürliche Art und Weise zu integrieren und zu hemmen.

Schlüsselwörter: Moro-Reflex, spiralförmige Bewegung, Mutter-/Vater-Kind-Beziehung, Kinästhetik Infant Handling, Bewegungsentwicklung



Liane Emmersberger

Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie, zert. Kinästhetik-Trainerin
Landshuter Str. 8
85356 Freising
liane.emmersberger@gmail.com