

# **Bindung von Anfang an: pränatale Bindungsförderung und ihre Wirkung auf Mutter und Kind-**

## **ein Scopingreview**

### **Monographie Bachelorthesis**

Marina Carlotta Burkhardt

Matrikel-Nr. 19-262-328

Michelle Jana Rohrer

Matrikel-Nr. 19-262-476

Berner Fachhochschule Departement Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme, HEB 19, Typ I

Referentin

Prof. Paola Origlia Ikhilor,

Hebamme MSc

Co-Referentin

Céline Schick, Hebamme MSc

Auftraggeberinnen

Karin Krick, zertifizierte

Bindungsanalytikerin, Gründungsmitglied

elbabe (Verein zur Förderung früher

Eltern-Kind-Beziehung)

Nadine Stoffel, zertifizierte

Bindungsanalytikerin, Gründungsmitglied

elbabe (Verein zur Förderung früher

Eltern-Kind-Beziehung)

Bern, 05.08.2022

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchten sich die Autorinnen bei allen Personen, welche an der Erarbeitung dieser Arbeit mitgewirkt haben, herzlich bedanken. Bei unserer Referentin, Paola Origlia und unserer Co-Referentin, Céline Schick, möchten wir uns bedanken für die vielen Denkanstösse, konstruktive Kritik und Ermutigungen im Prozess der Arbeit. Ein grosser Dank geht an die beiden Auftraggeberinnen, Karin Krick und Nadine Stoffel, für die anregenden Gespräche und dass sie sich, wann immer notwendig, Zeit für uns genommen haben. Weiter möchten wir uns bei unseren Kommilitoninnen bedanken, welche uns während des Schreibprozesses unterstützten und uns an ihren Gedanken, Ideen und Anregungen teilhaben liessen. Abschliessend möchte wir uns bei Allen bedanken, welche unsere Arbeit durchgelesen haben und uns während der Ausarbeitung der Bachelorthesis unterstützt haben.

## Vorwort

In der vorliegenden Bachelorthesis verfolgten die Autorinnen das Ziel einen Beitrag zur Optimierung von Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung für Kind, Mutter, Eltern und Fachperson zu leisten. Da Schwanger- und Elternschaft sowie Geburt nicht an Gender gekoppelt sind, verwendeten die Autorinnen in der Arbeit, wann immer möglich, eine inklusive Sprache. Die Begriffe *Schwangere* und *Gebärende* schliessen daher jegliche Personen ein, welche sich als solche definieren. Der Begriff *Mutter* wurde genutzt mangels eines geläufigen und einfach zusammenfassenden Begriffs für den schwangeren Elternteil prä- und postpartal. Gemeint sind jedoch jegliche Personen, welche Schwangerschaft und Geburt erleben oder erlebt haben. Innerhalb von wörtlichen Zitaten wurde keine Anpassung in Bezug auf genderneutrale Sprache vorgenommen.

Die Arbeit wurde in deutscher Sprache verfasst. Da die untersuchten Methoden jedoch bewusst ausgewählt wurden, repräsentativ für den deutschen und französischen Sprachraum in der Schweiz, finden sich französische, wie auch englische Zitate, welche nicht in ihrem Wortlaut verändert wurden.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b>	<b>2</b>
<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>
1.1 Ziele und Fragestellungen	8
<b>2 Theoretische Grundlagen</b>	<b>9</b>
2.1 Bindung, Bonding, Beziehung	9
2.1.1 Messung der Mutter-Kind-Bindung	9
2.2 Bonding postpartal	10
2.3 Pränatalpsychologie	11
2.4 Beziehung und Bindung pränatal	12
2.5 Methoden mit Wirkung auf pränatale Beziehung und Bindung	13
2.5.1 Bindungsanalyse	13
2.5.2 Haptonomie	14
<b>3 Methode</b>	<b>16</b>
3.1 Literatursuche	16
3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien	17
3.2 Qualitätsbeurteilung	18
3.3 Analyse und Darstellung der Daten	19
<b>4 Ergebnisse</b>	<b>20</b>
4.1 Literatursuche und -auswahl	20
4.1.1 Ausgeschlossene Datenquellen	22
4.1.2 Eingeschlossene Datenquellen	22
4.2 Qualitätsbeurteilung	29
4.3 Datenanalyse und Darstellung	37
4.3.1 BA: Austausch zu zweit	38
4.3.2 BA: Auf- und Verarbeitung verschiedener Themen	41
4.3.3 BA: Einstimmung Elternrolle	43
4.3.4 BA: Ungeborenes als Individuum	43
4.3.5 BA: Gemeinsames Schwangerschaftserleben	45
4.3.6 BA: Geburt und Nachgeburtsperiode	46
4.3.7 Haptonomie: Die Triade als Familiensystem	48
4.3.8 Haptonomie: Mutter-Kind-Bindung	50
4.3.9 Haptonomie: Kind	52

4.3.10 Haptonomie: Mutter	53
4.3.11 Haptonomie: Geburtshilflich	55
<b>5 Diskussion</b>	<b>57</b>
5.1 Diskussion der Ergebnisse	57
5.2 Limitationen und Stärken der Bachelorthesis	61
5.2.1 Limitationen	61
5.2.2 Stärken	62
5.3 Forschungsstand	62
<b>6 Schlussfolgerungen</b>	<b>63</b>
<b>7 Literaturverzeichnis</b>	<b>64</b>
<b>8 Abbildungsverzeichnis</b>	<b>74</b>
<b>9 Tabellenverzeichnis</b>	<b>76</b>
<b>10 Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>77</b>
<b>11 Anhang</b>	<b>78</b>
11.1 Qualitätsbeurteilungen Bindungsanalyse	78
11.2 Qualitätsbeurteilungen Haptonomie	87
11.3 Raster Literatursuche	103
11.4 Theorie und Datenquellen Fetal Movement Counting	106
11.5 Grafik «Kreis der Sicherheit»	110
11.6 Poster	111
11.7 Eigenständigkeitserklärung	112

## Abstract

**Einleitung und Ziele:** Bindung wird als Bedürfnis eines jeden Menschen angesehen, trotzdem liegt der Fokus in der Geburtshilfe auf der Bindungsförderung nach der Geburt. Die Wirkung der Bindungs- und Beziehungsförderung in der pränatalen Zeit ist bisher kaum erforscht. Ziel der Thesis ist, eine Übersicht zu wissenschaftlichen Erkenntnissen zur pränatalen Bindungsförderung sowie deren Wirkung auf Mutter und Kind zu schaffen. Daraus sollen Empfehlungen für die Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung formuliert werden, um diese zu optimieren und erweitern sowie Forschungsbedarf aufzuzeigen. Es wird die Fragestellung bearbeitet, welche Wirkung die Förderung der pränatalen Bindung mittels Bindungsanalyse und Haptonomie auf Mutter und Kind hat.

**Methode:** Im Design eines Scopingreviews wurden Literatursuchen auf sechs Plattformen, sieben Internetseiten und Registern sowie anhand von Referenzlisten und Handsuche durchgeführt. Durch Qualitätsanalysen und einer thematischen Analyse der eingeschlossenen Datenquellen, wurden Antworten auf Fragestellung und gesetzte Ziele erarbeitet und dargestellt.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse aus dem insgesamt 23 Datenquellen sind heterogen und deren Evidenzstärke durchmischt. Es zeigte sich, dass die Individualität, Selbstwahrnehmung und Autonomie von Eltern und Kind durch die bindungsfördernden Methoden gefördert werden könnten. Zudem wird möglicherweise das Einfinden in die Rollen innerhalb der Familie gefördert.

**Diskussion und Schlussfolgerung:** Die erarbeiteten Ergebnisse deuten auf mögliche positive systemische Wirkungen für Kind und Mutter, wie auch die Familie als Gesamtes, hin. Pränatale Bindungsförderung könnte einen Beitrag zu Gesundheitsförderung sowie Prävention von Gesundheitsrisiken, auch in Fällen von Chancenungleichheit, leisten. Dies nicht nur in der Schwangerschaft und sub partu, womöglich ebenfalls fürs weitere Leben und generationenübergreifend. Die Rechte des Ungeborenen sollten gewahrt und berücksichtigt werden, sodass es als kompetentes und individuelles Wesen anerkannt wird. In Fachkreisen sollte der Thematik mehr Aufmerksamkeit und Interesse geschenkt werden. Forschung im Gebiet der pränatalen Bindungs- und Beziehungsförderung und seiner Wirkung, ist für Fachpersonen im perinatalen und geburtshilflichen Bereich, im Bereich Public Health, für werdende Eltern, sowohl für Ungeborene als auch Kinder, dringend notwendig. Erst dadurch können Empfehlungen für die Praxis formuliert werden können.

**Schlüsselwörter:** pränatale Bindungsförderung, pränataler Beziehungsaufbau, Bindungsanalyse, Haptonomie, Ungeborenes, Mutter, Schwangerschaft, Geburt

# 1 Einleitung

Die Bindungsforschung geht davon aus, dass Bindung, wie Nahrung und Schutz vor Kälte, ein elementares Bedürfnis des Neugeborenen ist. Die Relevanz des Bondings nach der Geburt zeigt sich mit Auswirkungen auf die kindliche Gesundheit. Frühe Eingriffe in den Bindungsaufbau, beispielsweise die Trennung von Mutter und Kind, hemmen den Muttertrieb und können dadurch zu einem Vertrauensdefizit beim Neugeborenen führen. Weiter stehen frühe Trennungen von Mutter und Kind im Zusammenhang mit vermehrt schreienden Säuglingen, welche sich nur schwer beruhigen lassen. Dies kann zu einem Vertrauensverlust der Mutter in ihre mütterlichen Fähigkeiten führen und im frühen Wochenbett stärkere Stimmungsschwankungen begünstigen (Koschorz, 2017). Vor allem der Hautkontakt hat viele positive Effekte auf die Bindung und die weitere Stillbeziehung: Das Neugeborene ist ruhiger, weist stabilere Vitalzeichen auf, die Stillmahlzeiten sind effektiver und länger. Zusätzlich besteht eine intensivere Kommunikation zwischen Mutter und Kind sowie eine Schutzfunktion vor nachgeburtlichen Blutungen der Mutter (Lang, 2009). Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass die Vorbereitung auf den Bindungsprozess beim Fetus schon im Uterus beginnt (Moré, 2006). Auch aus mütterlicher Sicht beginnt das Bonding bereits präpartal, also vorgeburtlich. Der pränatale Beziehungsaufbau entsteht dabei vor allem durch Vorstellungen und Fantasien der Mutter gegenüber dem Ungeborenen sowie der zukünftigen Mutterrolle (Moré, 2006).

Dabei stellt sich die Frage, ob pränatales Bonding, ähnlich wie postnatales Bonding, bereits in der Schwangerschaft nachhaltige Wirkungen für Mutter und Kind erzielen kann. Das schweizerische Gesundheitsobservatorium nennt die Schwangerschaft eine Phase mit nicht ausgeschöpftem Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention, da sie einen grossen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen im Lebensverlauf hat (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2020). Beispielsweise wird das pränatale Bonding mit der Senkung postpartaler Angstzustände der Mutter (Matthies et al., 2020) sowie einer Verbesserung des postpartalen Bondings assoziiert (Smorti et al., 2020). Daraus ergibt sich die Frage, wie pränatale Bindung gefördert werden kann. Ansätze und Methoden, welche die Bindung pränatal, zu fördern versuchen, gibt es verschiedene. Beispiele dafür, sind die Bindungsanalyse, die Haptonomie oder das Fetal Movement Counting. Die beiden Erstgenannten wurden in der vorliegenden Thesis näher untersucht. Die Bindungsanalyse ist schweizweit nur sehr vereinzelt bekannt, erhält jedoch vermehrt Beachtung im deutschsprachigen Raum. In Österreich beispielsweise, wird die Methode durch das Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend gefördert. Im Gegensatz dazu, nimmt die Haptonomie ihren Platz vor allem im französischsprachigen Raum ein. Pränatale Bindung- oder Beziehungsförderung wird aktuell wenig thematisiert und seit den 90er Jahren wurde dazu wenig geforscht. Dies zeigt sich auch darin, dass keine Empfehlungen zum pränatalen Bonding von Organisationen wie der World Health

Organisation oder der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. formuliert sind. Höfer (2013) schreibt, dass es Aufgabe der Hebamme ist, im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge den Beziehungsaufbau zum Kind zu unterstützen. Trotzdem wird der Thematik im Aufgabenkomplex der Hebamme verhältnismässig wenig Interesse geschenkt. Ebenso wie das postpartale Bonding, könnte im pränatalen Bonding eine Möglichkeit liegen schon ganz am Anfang die Physiologie für Schwangerschaft, Geburt, Elternschaft und Kindheit zu fördern. Dies liegt nicht nur im Interesse von werdenden Familien, sondern auch in dem von Hebammen, Fachpersonen und den öffentlichen Gesundheitsdiensten. Die fehlende Aufmerksamkeit, sowie der Forschungsbedarf zu dem Thema, ist den Auftraggeberinnen dieser Bachelorthesis aufgefallen, weshalb ein externer Themenvorschlag zu bindungsfördernder Schwangerschaftsbegleitung eingereicht und das vorliegende Review erarbeitet wurde.

## 1.1 Ziele und Fragestellungen

Ziel des vorliegenden Scopingreviews ist eine Übersicht zu bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen von pränataler Bindungsförderung und ihrer Wirkung auf Mutter und Kind zu erstellen. Daraus sollen Empfehlungen formuliert werden, um die Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung für Mutter, Kind und Fachperson zu optimieren und erweitern, und um den Forschungsbedarf aufzuzeigen. Folgende Fragestellung lässt sich daraus ableiten:

Welche Wirkung hat die Förderung der pränatalen Bindung mittels Bindungsanalyse und Haptonomie auf Mutter und Kind?

Die Thematik wird vor allem in zwei Punkten eingegrenzt. Im Ergebnissteil liegt der Fokus auf zwei Methoden der Bindungsförderung, welche die Förderung der Beziehung zwischen Mutter und Kind zum Ziel haben. Die Methoden Bindungsanalyse (BA) und Haptonomie wurden gewählt, da sie beide in der Schweiz Anwendung finden, jedoch in unterschiedlichen Sprachräumen.

Die Bindung zwischen Mutter Kind beeinflusst und verändert sich ein ganzes Leben lang. Deshalb wird sich der in diesem Review untersuchte Zeitraum auf die Schwangerschaft (SS), die Geburt, bis hin zum Ende der Postplazentarperiode hin, sprich die 2h nach der Plazentageburt, begrenzen. In einem klinischen Setting wird diese Zeit in der Regel noch im Gebärsaal verbracht (Mändle, 2015).

## 2 Theoretische Grundlagen

### 2.1 Bindung, Bonding, Beziehung

Der Begriff Bindung (auf Englisch Attachment) wird unterschiedlich definiert. Ainsworth und Bell (1970) definieren den Begriff Bindung wie folgt: «Bindung kann definiert werden als das gefühlsmässige Band, welches eine Person oder ein Tier zwischen sich selbst und einer bestimmten anderen Person/einem bestimmten anderen Tier knüpft – ein Band, das beide räumlich verbindet und zeitlich andauert» (S.50). Die Bindung kann auch als besondere Beziehung mit biologischer Schutzfunktion, welche das Überleben sichern soll, gesehen werden (Bowlby, 2018). Allgemein definiert der deutsche Begriff Bindung lediglich das Resultat eines Prozesses (V. Schmid, 2011). Bindung und Beziehungen sehen je nach kulturellem Kontext sehr unterschiedlich aus. Sie sind abhängig von unterschiedlichen Faktoren wie der Sozialisationsstrategie und den Erziehungszielen der Eltern. Die unterschiedlichen Faktoren und deren Auswirkungen beeinflussen die Entwicklung des Kindes nachweislich (Keller, 2011).

Der englische Begriff Bonding, bezieht sich auf den Vorgang, beziehungsweise den Prozess der affektiven Beziehungsentwicklung (Moré, 2006). Bonding beschreibt das Bestreben einer gewissen Person Zuwendung, Nähe und Geborgenheit zu geben, sie zu schützen und wenn notwendig zu helfen ihre Gefühle zu regulieren. Bietet eine primäre Bezugsperson einem Kind Sicherheit und Ermutigung, hat es bessere Chancen sich als erwachsene Person auf sich selbst zu verlassen und erfolgreich in der Welt agieren zu können (Powell et al., 2015). Laut V. Schmid (2011) beginnt der Bindungsprozess zwischen Mutter und Kind mit der Empfängnis und erreicht seinen Höhepunkt in dem Moment, in dem das Kind nach der Geburt von seiner Mutter angenommen wird. Medikalisierung und Trennung stören die Bindungsphase und können sogar pathologische Entwicklungsstörungen hervorrufen.

Bindung wird als Begriff und in der Bindungsforschung, wie von Bowlby (2018) oder Powell et al. (2015), meist im nachgeburtlichen Kontext verwendet. Bindungsforscher gehen davon aus, dass vorgeburtlich bereits eine Beziehung besteht, deren Aufbau man unterstützen könnte, jedoch nicht eine Bindung. In der Bachelorthesis wird dementsprechend von der pränatalen Beziehung, wie auch der pränatalen Bindung geschrieben.

#### 2.1.1 Messung der Mutter-Kind-Bindung

Es gibt viele verschiedene Instrumente um die Mutter-Kind Bindung oder Beziehung prä- sowie postpartal zu erfassen oder messen. Moore et al. (2016) verweisen darauf, dass es bessere Instrumente benötigt, um die Mutter-Kind-Beziehung zu untersuchen. 13 verschiedene Instrumente zur Messung der Mutter-Kind-Bindung wurden von Perrelli et al. (2014) beschrieben und untersucht. Bei den häufigsten Instrumenten handelt es sich um Skalen, Fragebögen, Inventorys (englisch für Fragebögen in Listenform mit bestimmten Kriterien oder Eigenschaften)

oder Methoden zur Beobachtung. Beispiele sind die Maternal- Antenatal-Attachment-Scale, welche vor allem Selbstdifferenzierung und die Interaktion mit dem Ungeborenen analysieren (Condon, 1993) sowie die Pictorial Representation of Attachment Measure (PRAM). Bei der Messung mit PRAM wird ermöglicht, die Beziehung zum Ungeborenen zu beurteilen. Dabei wird das Beziehungsverhältnis grafisch dargestellt und anschliessend durch den untersuchten Elternteil begründet (van Bakel et al., 2013).

Eine Methode zur Beobachtung der Bindung ist die Skala von Brown et al. (1975, zitiert nach Scappaticci et al., 2004), welche mittels postpartalen Beobachtungen arbeitet. Scappaticci et al. (2004) analysiert Stillinteraktion anhand von Videos mit einer modifizierten Version der Skala. Bei der Mutter wurde beobachtet, ob sie liebevolles Verhalten gegenüber dem Neugeborenen zeigt, beispielsweise ob sie mit dem Kind spricht, es wiegt, berührt, küsst oder es ansieht. Beispiele für die Beurteilung der Bindung des Kindes sind, ob es an Interaktionen beteiligt wirkt, Lautäusserungen von sich gibt, aktiv ist oder die Augen geöffnet hat (Scappaticci et al., 2004).

Leifer (1977, zitiert nach Munz, 2002) klassifiziert in drei Bindungstypen in der SS. Eine minimale Bindung ist zu erkennen, wenn die schwangere Person das Ungeborene und seine Bewegungen als fremd und störend wahrnimmt. Die SS ist häufig durch somatische Symptome geprägt und postnatal werden eine Distanz zwischen den Individuen sowie Anpassungsprobleme beschrieben. Schwangere mit einer minimalen Bindung durchleben kaum persönliche Reifungsprozesse und schätzen ihren Selbstwert als gering ein. Bei einer moderaten Bindung werden dieselben Beobachtungen gemacht, jedoch in einer abgeschwächten Form. Die Gruppe mit der intensiven Bindung, empfindet schon früh in der SS eine starke emotionale Bindung zum Ungeborenen, welche im Verlauf zunimmt. Das Selbstwertempfinden der schwangeren Person ist erhöht und die postnatale Anpassung verläuft problemlos (Munz, 2002).

## **2.2 Bonding postpartal**

Dem postpartalen Bonding wird bereits heute eine grosse Bedeutung zugesprochen. Das International Institute for Health and Care Excellence (2021) empfiehlt zur Unterstützung der emotionalen Bindung Blickkontakt mit dem Neugeborenen, direkten Hautkontakt (Skin-to-skin contact) nach der Geburt, sowie, dass Eltern versuchen kindliche Signale zu erkennen und angepasst darauf zu reagieren. Direkter Hautkontakt nach der Geburt verbessert die Stillqualität und verlängert die Stillzeit insgesamt. Weiter verbessert es die Herz-Kreislaufstabilität und vermindert Schreiphasen des Neugeborenen (Moore et al., 2007).

In der Fachwelt steigt das Bewusstsein um die Wichtigkeit der ersten Lebensphase, da sie die weitere körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Menschen stark beeinflusst. Hauptrisikofaktor in der frühen Kindheit für das Auftreten von physischen und psychischen

Erkrankungen sowie sozialen Problemen ist die chronische Stressbelastung. Als Auslöser gilt insbesondere das Erleben von Gewalt und starker emotionaler Vernachlässigung (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2018) Im Gegenzug fördert eine sichere Bindung Resilienzen (Arnold, 2016).

Auch wenn diesem Erstkontakt eine wichtige, durch hormonelle Veränderungen nachweisbare Funktion zukommt, ist er nicht allein ausschlaggebend für die Qualität und Intensität der Bindung. Forschungen belegen, dass die Vorbereitung auf den Bindungsprozess beim Ungeborenen schon in der SS beginnt (Moré, 2006), wodurch die frühe Mutter-Kind-Beziehung verbessert werden soll (Moore et al., 2016).

### **2.3 Pränatalpsychologie**

Bereits ab Implantation, ganz zu Beginn der SS, steht das Ungeborene in ständiger wechselseitiger Kommunikation mit dem schwangeren Organismus. Dadurch wird die Embryonalentwicklung koordiniert und die physische sowie psychische Aufnahme im Uterus gesichert (Coad & Dunstall, 2005). Die Ungeborenen sind also von Beginn an mit der schwangeren Person verbunden und reagieren auf Botenstoffe des anderen Organismus. Mit voranschreitender Entwicklung steigern sich die Kommunikationsmöglichkeiten.

Erst seit den 1970er Jahren ist es uns dank Ultraschall möglich intrauterin die Feten zu beobachten und dadurch wertvolle Ergebnisse sowie Erkenntnisse für die Pränatalpsychologie zu gewinnen. Ein fünf- bis sechswöchiger Embryo hat ein bereits so entwickeltes Nervensystem, dass es auf Berührungen der Gesichtshaut mit dem ganzen Körper zu reagieren vermag (Krüll, 1989/2009). Bei intrauterinen Zwillingsbeobachtungen mittels Ultraschall, konnten bereits in der siebten bis achten Schwangerschaftswoche (SSW) wechselseitige Reaktionen auf Berührungen beobachtet werden (de Jong, 2004). Ebenfalls können Berührungen über die mütterliche Bauchdecke vom Fetus wahrgenommen werden und dieser kann beispielweise mit Bewegungen darauf reagieren (de Jong, 2004; Hüther & Weser, 2017).

Durch die Entwicklung des Tast- und Gleichgewichtssinn im dritten Schwangerschaftsmonat wird die Eigenwahrnehmung des Feten gefördert (de Jong, 2004). Das Empfinden der eigenen Körpergrenzen ist eine wichtige Voraussetzung um sich als eigene Person und getrennt von den andern zu erleben (Hüther & Weser, 2017). Die Differenzierung ist essenziell für den bevorstehenden Ablösungsprozess und die Geburt (Schroth, 2009a). Dies kann jedoch herausfordernd sein nach einem Zustand von so enger Verbundenheit in der SS.

Ungefähr in der 16. SSW kann das Ungeborene auf akustische Stimulation mit Veränderung der Herzschlagfrequenz reagieren (de Jong, 2004) und erkennt den mütterlichen Herzschlag, ihre Stimme sowie ihre Sprache. Ebenfalls Melodien können wahrgenommen und postnatal wiedererkannt werden (Krüll, 1989/2009; Moré, 2006). Die Fähigkeit der Wiedererkennung, zeigt

sich auch in einem weiteren Sinn – dem Geschmackssinn. Die fetalen Geschmacksknospen werden früh, in der 14. SSW, ausgebildet. Postpartal besitzt das Neugeborene die Fähigkeit die Mamille der Mutter zu erkennen, da umliegende Drüsen einen ähnlichen Duft aufweisen, wie der Geschmack des Fruchtwassers. Zudem sind Geruchs- und Geschmacksmerkmale des Fruchtwassers denen des Kolostrums ähnlich (de Jong, 2004). Um zu lernen und sich zu spezialisieren ist die Wahrnehmung und Verarbeitung von Sinnesreizen für das Gehirn und den Körper unerlässlich (Krüll, 1989/2009). Der mütterliche Körper ermöglicht dem Fetus eine physische und sensorielle Entwicklung. Die emotionale und mentale Entwicklung des Kindes wird durch die mütterliche Psyche moduliert, wobei der Austausch von Hormonen eine wichtige Rolle spielt. Gegen Ende der SS sind Mutter und Ungeborenes ein eingespieltes Team: REM- und Tiefschlafphasen, Gehirnwellen sowie die Art der Wahrnehmung sind so aufeinander abgestimmt, dass die Geburt erleichtert wird und das Kind sich ideal an das Leben extrauterin anpassen kann (V. Schmid, 2011).

## **2.4 Beziehung und Bindung pränatal**

Salisbury et al. (2003) definieren pränatale Bindung (im Englischen Maternal-Fetal Attachment) als mütterliche Verhaltensweisen, welche sich in Fürsorge und Engagement für das Ungeborene zeigen. Es gibt während der SS ein breites Spektrum an solchen Verhaltensweisen. Beispiele dafür sind eine gesunde Lebensweise, umsorgendes Verhalten wie den schwangeren Bauch zu streicheln oder schaukeln, mit dem Kind zu sprechen, zu summen oder zu singen. Die Geschwindigkeit und die Stärke der Entwicklung pränataler Bindung steht im Zusammenhang mit der Gravidität, dem Gestationsalter, der Anzahl fetaler Bewegungen, und eigenen Bindungserfahrungen (Salisbury et al., 2003). Hirschauer et al. (2014) schreiben über unterschiedliche Formen des Kontaktes in der Schwangerschaft zwischen Mutter und Fetus: Als Erstkontakt oftmals bildlich durch Ultraschall, später das körperliche Wahrnehmen von Kindsbewegungen. Identifizieren Schwangere ihre wahrgenommenen Körperempfindungen als eindeutige Kindsbewegungen, wird dies in der Regel als grosse Zäsur in der SS empfunden. Aus soziologischer Perspektive kann erst dadurch das Ungeborene zu einem eigenständigen Wesen gemacht werden. So kann das (inner)körperliche Empfinden von der Schwangeren als Kommunikation bzw. Interaktion zwischen Fetus und Mutter interpretiert werden. Arten von solchen Interaktionen sind oftmals das haptische Reagieren auf spürbar körperliche Bewegungen des Ungeborenen, das „in sich hineinhorchen“ der Schwangeren, an den Fetus gerichtete innere (gedankliche) Sprache oder explizite sprachliche Kontaktaufnahme durch bspw. sprechen oder singen (Hirschauer et al., 2014).

Im Zusammenhang mit der Bonding-Qualität von Mutter und Kind wurden von Tichelman et al. (2019) drei Faktoren genannt. Die Dauer der SS hat positiven Einfluss auf die Bonding-Qualität postpartal. Depressive Symptome haben hingegen einen negativen Einfluss auf ebendiese.

Als dritter Faktor gilt die Bonding-Qualität in der SS oder kurz nach der Geburt, welche im Zusammenhang mit weiterführender Bonding-Qualität steht (Tichelman et al., 2019). Als weitere einflussnehmende Faktoren der Mutter-Kind-Bindung nennen Salisbury et al. (2003), die Stärke der partnerschaftlichen Beziehung und ob es sich um eine geplante SS handelt. Shreffler et al. (2021) befanden in ihrer Studie ungeplante Schwangerschaften als grossen Einflussfaktor für eine qualitativ schlechtere Mutter-Kind-Bindung postpartal. Die Förderung des pränatalen Bondings zeigt sich in solchen Fällen als protektiver Faktor für postpartales Bonding. Tichelman et al. (2019) empfehlen, dass Fachpersonen schon während der SS die Mutter-Kind-Bindung erfassen und begleiten.

## **2.5 Methoden mit Wirkung auf pränatale Beziehung und Bindung**

Es gibt unterschiedliche pränatale Ansätze, welche eine Auswirkung auf die pränatale Beziehung oder Bindung haben. In der Meta-Analyse, von Abasi et al. (2020) werden unterschiedliche Methoden, beispielsweise Entspannungsübungen und Psychoedukation, welche potenziell einen bindungsfördernden Effekt haben, genauer betrachtet. Eine Kombination aus verschiedenen Methoden, beispielsweise im Rahmen eines pränatalen Programmes, beschreibt Abasi et al. (2020) als am effektivsten. Eine weitere Methode stellt das Fetal Movement Counting (FMC) dar. Dabei werden die Kindsbewegungen nach unterschiedlichem Vorgehen ausgezählt, beispielsweise mit der Cardiff-Methode nach Pearson und Weaver. Dabei zählt die schwangere Person am Morgen nach dem Aufwachen zehn fetale Bewegungen aus (Freda et al., 1993). FMC wird in erster Linie bei Verdacht auf eine fetale Gefährdung verwendet, jedoch soll auch die Bindung zwischen Mutter und Ungeborenem gefördert werden. Positive Ergebnisse in Bezug auf die Bindung konnten AlAmri und Smith (2022) in ihrer Metaanalyse feststellen. Die Methode des systemische Zählens von Kindsbewegungen zur Feststellung der kindlichen Gesundheit ist insgesamt umstritten (Stiefel & Schwarz, 2020). Weiterführende Aussagen zum FMC sind im Anhang 11.4 zu finden. Aus der grossen Bandbreite von potenziell bindungsfördernden Massnahmen oder Methoden, haben sich die Autorinnen zur Beantwortung der Fragestellung auf die zwei folgenden Methoden beschränkt. Ihre Wirkungen sind im Ergebnisteil im Kapitel 4.3 zur Beantwortung der Fragestellung ausführlich dargestellt.

### **2.5.1 Bindungsanalyse**

Die BA (im Englischen prenatal bonding (Eichhorn, 2013)) nach Hidas und Raffai wurde in den frühen 90er-Jahren von zwei Fachpersonen der Psychoanalyse entwickelt und später so weiterentwickelt, dass die Ausbildung auch für andere Berufsgruppen zugänglich ist. Die BA stellt zwar das Ergebnis einer psychoanalytischen Forschung dar, wird jedoch nicht als psychotherapeutisches Verfahren angesehen und dient primär der Bindungsförderung zwischen der Schwangeren und dem Ungeborenen (Schroth, 2009a).

Schweizweit finden sich nur wenige Fachpersonen, welche eine Ausbildung in der BA vorweisen können. Einen Ausbildungsgang zur Fachperson in BA gibt es in der Schweiz momentan nicht, jedoch in Deutschland und Österreich. Die vereinzelt angebotenen Methoden zur Bindungsförderung stammen in der Schweiz von primär ausgebildeten Fachpersonen im Gesundheitswesen, beispielsweise Pflegefachpersonen, Craniosacral-Therapeut\*innen und vereinzelt auch Hebammen.

Die BA will die Bindung zwischen Mutter, Ungeborenen und dem/der Partner\*in, sowie die Differenzierung und Ablösung zwischen den Individuen fördern und dadurch alle Beteiligten in ihren neuen Rollen unterstützen. Meist beginnt die BA in der 20. SSW und endet zirka in der 38. SSW. Während den Sitzungen, welche in einem möglichst angenehmen und als sicher empfundenen Rahmen stattfinden, fokussiert sich die schwangere Person auf ihre innere Wahrnehmung von Körper und Psyche. Der/die Partner\*in kann, je nach Bedürfnis der schwangeren Person, bei den Sitzungen anwesend sein. Zu Beginn findet meist eine geleitete Entspannungsübung statt, mit anschließendem Fokus auf Atmung und tiefen körperlichen Empfindungen. Dabei können verschiedene Gedanken und Empfindungen auftauchen, welche als Kommunikationsweg zwischen der Mutter und dem Ungeborenen genutzt werden können. Nach dem Erstkontakt kann nun ein Austausch zwischen den Individuen in unterschiedlicher Form stattfinden. Während der BA können verschiedene spezifische Themen seitens Mutter oder Partner\*in aufkommen und thematisiert werden (Schroth, 2009a). Gegen Ende der SS, meist ab der 36. SSW (Hidas, 2009), finden neun bis zehn spezifische Sitzungen statt, welche als Verabschiedung zwischen der schwangeren Person und dem Ungeborenen sowie als Geburtsvorbereitung dienen (Blazy, 2009). Innerhalb dieser Sitzungen wird die erlebte SS aus Sicht der Mutter und des Ungeborenen reflektiert (Schroth, 2009a).

### 2.5.2 Haptonomie

Die Haptonomie als bindungsfördernde Methode ist 1945 durch den Niederländer Frans Veldman entwickelt worden (Dolto-Tolitch, 1997). Schriften und Studien zum Thema Haptonomie sind meist auf Holländisch oder Französisch, da die Methoden in diesen Sprachräumen verbreitet ist. Haptonomie kann als *Wissenschaft der Affektivität und des thymo-taktilen (haptischen) Kontaktes* beschrieben werden. Haptonomie wird weniger als Methode, sondern mehr als gemeinsames Erlebnis, oder Philosophie beschrieben (Dolto-Tolitch, 1997). Das Wort thymotaktil wird zusammengesetzt aus *Thymos* und *taktil* (das Tasten/die Berührung). Die Thymästhesie beschreibt eine Fähigkeit Motive, Seelenbewegungen, Gründe und Emotionen des Mitmenschen in einem intimen Kontakt von affektiv-konfrontierender Nähe zu spüren. Sie ist also eine entscheidende Fähigkeit, um im Kontakt mit unseren Mitmenschen Affektivität zu erleben (Décant-Paoli, 2018a).

Die Aus- oder Weiterbildungen in Haptonomie finden hauptsächlich durchs *Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie Frans Veldman (CIRDH-FV)* in Paris,

oder durch deutsche Ausbildungsstätten wie des *CIRDH-FV SHV* (Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie Frans Veldman- Schweizer Verband der in Haptonomie ausgebildeten Gesundheits-, Sozial- und Lehrpersonen) statt, welche auch vom schweizerischen Hebammenverband anerkannt sind.

Die Haptonomie geht davon aus, dass Affekte, Emotionen und Gefühle von zentraler Bedeutung für die Entwicklung des psychologischen Lebens und der intellektuellen Möglichkeiten des Ungeborenen sind (Dolto-Tolitch, 1997).

Eine haptonomische Begleitung (auch Haptotherapie) ab Empfängnis wird als optimal beschrieben. Sie kann jedoch auch erst während des vierten Schwangerschaftsmonats begonnen werden, jedoch nicht nach Beginn des siebten Monats. Bei Pathologien nach Beginn des siebten Monats kann jedoch eine haptotherapeutische Fachperson immer noch wertvolle Hilfe leisten. Es werden acht bis neun Sitzungen vor der Geburt und mindestens vier Sitzungen nach der Geburt angeboten. Die Treffen finden monatlich statt und dauern ca. 45 Minuten, dies kann jedoch individuell und nach Situation angepasst werden (CIRDH-FV, o. D.). Die schwangere Person und die haptotherapeutische Fachperson, dies kann eine Hebamme sein, sowie der/die Partner\*in sind dabei anwesend. Ist kein/e Partner\*in anwesend, kann eine Drittperson bei den haptonomischen Interaktionen und Sitzungen teilnehmen. Sie ersetzt jedoch nicht den fehlenden Teil im System von Kind und beiden Elternteilen, der sogenannten Triade. Je nach Entwicklungsstadium des Ungeborenen können unterschiedliche Spiel- und Affektivitätskontakte durchgeführt werden. Die Haptonomie möchte den Kontakt zu dem Kind verändern und intensivieren und mit ihm interagieren. Haptonomie kann bspw. sub partu, bei Aborten oder Kaiserschnitten genutzt werden (Dolto-Tolitch, 1997).

### 3 Methode

Die Frage nach der Wirkung von pränataler Bindungsförderung wurde mittels BA und Haptonomie im Rahmen eines Scopingreviews erarbeitet. Das Studiendesign des Scopingreviews wurde gewählt, um bestehende Arten von Evidenzen zum Thema sowie mögliche Lücken in der Forschung zu identifizieren. Ein weiterer Grund für die Wahl war, dass sich in einer präliminären Literatursuche nicht ausreichend Evidenzen für die Durchführung eines systematischen Literaturreviews finden liessen. Das Review orientiert sich an der *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist* (Tricco et al., 2018). Ergänzend wurde mit dem Kapitel zu Scopingreviews im *Manual for Evidence Synthesis* des Joanna-Briggs-Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020) gearbeitet. Das Vorgehen des JBI zum Scopingreview ist mit der PRISMA ScR übereinstimmend.

#### 3.1 Literatursuche

Das JBI empfiehlt für systematische Reviews die Drei-Schritte-Suchstrategie (Peters et al., 2020). Entsprechend wurde auf Pubmed und Google Scholar eine erste Suche durchgeführt, in welcher Titel, Abstracts und Suchbegriffe analysiert wurden. Aus den zur Fragestellung passenden Suchergebnissen wurden Suchbegriffe identifiziert, welche in einer zweiten Suche auf allen Datenbanken verwendet wurden. Zu Beginn der Literatursuche wurde zusätzlich zu der BA und Haptonomie auch nach Daten zu FMC gesucht.

Auf PubMed, CINAHL, in der Cochrane library sowie in Pubpsych und APA Psycinfo wurde nach Studien gesucht. Weiter wurde auf Google Scholar nach Studien sowie ergänzenden Evidenzquellen wie Erfahrungsberichten, Beiträgen in Fachmagazinen und Opinionpapers, ect. gesucht. Google Scholar wurde als Datenbank durchsucht, da auf PubMed, CINAHL und in der Cochrane library zu den untersuchten Themen kaum Evidenzen gefunden wurden, welche passend zur Fragestellung waren. Ebenfalls verwiesen Studien und Artikel, welche bei einer ersten Suche gesichtet wurden, im Quellenverzeichnis vermehrt auf Google Scholar. ProQuest wurde als Plattform zur Suche von Dissertationen zusätzlich genutzt. Auf dem Portal E-Periodica wurde nach Beiträgen in verschiedenen schweizerischen Zeitschriften gesucht. Ergänzend wurden Handsuchen nach zusätzlichen Evidenzen in Fachjournals wie der *Obstetrica*, der deutschen Hebammenzeitschrift, der österreichischen Hebammenzeitung, la revue *sage-femme* und *profession sage-femme*, durchgeführt. Bei unveröffentlichten Studien, welche zur Forschungsfrage passen, wurden Ergebnisse angefragt. In einem weiteren Schritt wurden die Referenzlisten der ausgewählten Studien durchsucht.

Laut JBI werden möglicherweise während der Suche Suchbegriffe entdeckt und können ergänzend in die Suche inkorporiert werden (Peters et al., 2020). Die Ein- und Ausschlusskriterien sowie Suchbegriffe wurden mittels nachfolgendem PCC-Framework (Population, Concept, Context) in Tabelle 1 formuliert.

Tabelle 1: PCC-Framework und Suchbegriffe

Population	Um das Themengebiet einzugrenzen, wurden Texte und Studien integriert, welche von Schwangeren nach Spontankonzeption handeln.  Es wurden keine weiteren Einschränkungen in der Population vorgenommen, da die Wirkung der bindungsfördernden Methoden auch auf pathologische Situationen in der SS untersucht werden sollte.  Eine genauere Definition oder Einschränkung der Population wurde nicht formuliert, da diese die Suchergebnisse nicht sinnvoll eingrenzen. Datenquellen wie Fallbeispiele oder Stellungnahmen können aufgrund ihrer Form nur schwer in ihren Einzelheiten, beispielsweise der Population, Anzahl Behandlungen, Situation der Paarbeziehung, etc., eingegrenzt werden.	
Konzept (Concept)	In diesem Review sollten Interventionen mit der Absicht der Bindungsförderung zwischen der Mutter und dem Ungeborenen in der SS untersucht werden: Fokussiert wurde sich auf die BA und die Haptonomie. Spezifisch untersucht wurden die Auswirkung der genannten Methoden auf Mutter und Kind während der SS und der Geburt bis Ende der Postplazentarperiode.	
Kontext (Context)	Die untersuchten Methoden sollten in der Schwangerschaftsvorsorge oder Schwangerschaftsbegleitung durch Fachpersonen während der SS stattfinden. Geographische und kulturelle Eingrenzungen des Themas wurden nicht definiert, da sie nicht ausschlaggebend für das untersuchte Thema sind.	
Suchbegriffe		
Population	Konzept/Kontext	Ausschlussbegriffe
Pregnant women Mother(s) Fetus Unborn Baby Newborn Infant	Haptonomy/Haptonomie  Fetal Movement Counting/Zählen fetaler Bewegungen/movements foetal  Prenatal Bonding/Antenatal Bonding/Bindungsanalyse	Infertility  Assisted reproductive technology

Nach Sichtung der vorhandenen Daten, überstieg die Menge zu bearbeitender Datenquellen den Rahmen einer Bachelorarbeit. Zu FMC wurde bereits mehr geforscht und die Evidenzlage schien geeigneter für ein Literaturreview als für ein Scopingreview. Aufgrund dessen haben sich die Autorinnen dazu entschieden, FMC als zu untersuchende Methode auszuschliessen.

### 3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden Datenquellen, welche die Anwendung und Wirkung der BA oder Haptonomie thematisieren in das Review eingeschlossen. Dabei wurden, dem Studiendesign entsprechend, jegliche verfügbaren Quellen inkludiert, welche die Fragestellung beantworten und den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Ausgewählt wurden Studien auf Deutsch, Englisch und Französisch, welche von 2002-2022 publiziert worden sind. In den 90er Jahren wurde viel zu der Thematik publiziert, jedoch ist Ziel des Reviews eine Sicht über die aktuelle Forschung zu

erstellen. Um jedoch ausreichend Datenquellen in das Review integrieren zu können, wurde der Zeitraum auf die letzten 20 Jahre festgelegt. Studien in anderen Sprachen wurden nicht integriert, da die Autorinnen nur die drei beschriebenen Sprachen beherrschen und keine qualitativ ausreichenden Ressourcen zur Übersetzung anderer Sprachen zur Verfügung standen. Ausgeschlossen wurden Texte und Studien, welche Aspekte der Reproduktionsmedizin sowie Substanzabusus thematisieren, um den zu untersuchenden Themenbereich, den Zielen des Reviews entsprechend, einzugrenzen.

### 3.2 Qualitätsbeurteilung

Zur Beurteilung der ausgewählten Datenquellen, wurden adaptierte Checklisten zur kritischen Würdigung des JBI verwendet (Aromataris & Munn, 2020). Die einzelnen Beurteilungskriterien der Checklisten wurden jeweils mit einer der vier Antwortmöglichkeiten (Ja, Nein, Unklar, nicht zutreffend) beurteilt. Mittels Kommentarfeld unterhalb der Checklisten wurden die gemachten Beurteilungen beschrieben und wenn notwendig erklärt. Die Qualitätsbeurteilungen wurden jeweils nicht im Autorinnentandem durchgeführt, sondern lediglich nach dem Ausfüllen von der jeweils anderen Autorin gegengelesen und allenfalls ergänzt.

Ein Grossteil der Datenquellen wurden mit der adaptierten Checkliste nach McArthur et al. (2015) zu *Texten und Meinungen* bearbeitet. Fokus der Beurteilung lag darauf, woher die Datenquelle stammte, welche Person den Text verfasst hatte und welchen Hintergrund diese stellungsnehmende Person im entsprechenden Gebiet hat. Ein Kriterium der kritischen Würdigung der Datenquelle war, ob die Interessen der untersuchte Population im Vordergrund steht und ob die gemachten Aussagen Ergebnis eines analytischen Prozesses sind. Dabei wurde beispielsweise beurteilt, ob die gemachten Aussagen einer logischen und nachvollziehbaren Argumentation zugrunde liegen. Zudem wurde der Einbezug von weiterführender Literatur bewertet und ob die geäußerte Meinung mit kongruenten oder inkongruenten Meinungen anderer Publikationen diskutiert wurde.

Bei der kritischen Beurteilung von qualitativen Studien wurde eine adaptierte Checkliste nach Lockwood et al. (2015) verwendet. Dabei wurde vor allem die Übereinstimmung im Vorgehen geprüft. Dazu gehörten unter anderem die Übereinstimmung von Studiendesign mit den Forschungsfragen und Zielen sowie der Datenerhebung, deren Darstellung und den geäußerten Interpretationen. Wichtiger Bestandteil war zudem, ob innerhalb der Forschung ethische Aspekte sowie der Einfluss der Forschenden thematisiert wurden. Abschliessend wurde geprüft, ob die geäußerten Schlussfolgerungen aus der Analyse der Daten logisch abgeleitet wurden.

Fallberichte wurden anhand der adaptierten Checkliste von Moola et al. (2020) beurteilt. Handelte es sich um Datenquellen, welche neben theoretischen Teilen auch einen Grossteil an Fall- oder Erfahrungsberichten aufführen, wurden diese mittels einer zusammengeführten, adaptierten Checkliste nach Moola et al. (2020) und McArthur et al. (2015) beurteilt. Diese

Datenquellen wurden mit denselben Kriterien beurteilt, welche bereits im Abschnitt zu *Texten und Meinungen* aufgeführt sind. Bei der ergänzenden Beurteilung der Fallberichte haben die Autorinnen bewertet, ob die Krankengeschichte der behandelten Person sowie ihr Zustand vor, während und nach der Behandlung aufgeführt werden. Beurteilt wurde zudem, ob die Intervention sowie diagnostische Beurteilungsmethoden beschrieben werden. Ergänzend wurde geprüft, ob Kongruenzen/Inkongruenzen zwischen den theoretischen Teilen und den Fall- oder Erfahrungsberichten vorherrschen und ob diese thematisiert werden.

Quasi-Experimentelle Studien wurden mittels Checkliste adaptiert nach Tufanaru et al. (2020) kritisch gewürdigt. Beurteilt wurde, ob die jeweiligen Gruppen und Interventionen miteinander vergleichbar sind, und ob eine Kontrollgruppe besteht. Die Erhebung von Daten und Ergebnissen wurde anhand ihrer Häufigkeit, Reliabilität und Vergleichbarkeit beurteilt. Ausserdem wurde beurteilt, ob eine geeignete statistische Analyse durchgeführt wurde.

Ebenfalls adaptiert nach Tufanaru et al. (2020) wurden randomisierte kontrollierte Studien (RCT) beurteilt. Die Analyse des Randomisierungs- und Verblindungsprozesses, sowie ob die Behandlung und Voraussetzungen der Interventions- und Kontrollgruppen vergleichbar sind, wurde bei der Beurteilung als zentral und wichtig erachtet. Ergebnismessungen wurden auf ihre Reliabilität beurteilt, Vorkommen und Vorgehen bei einem Proband\*innenwechsel zwischen den Gruppen wurden analysiert. Zudem wurde geprüft ob Abweichungen des Standard-RCT-Design vorgenommen und gegebenenfalls beschrieben wurden.

### **3.3 Analyse und Darstellung der Daten**

Die Datenanalyse innerhalb eines Scopingreviews kann unterschiedlich gestaltet werden und orientiert sich deshalb am Zweck dieses Reviews. Ziel ist eine Darstellung der vorhandenen Daten (Peters et al., 2020). Das vorliegende Review orientiert sich an der thematischen Analyse von Braun und Clark (2006). Diese Analyseform dient der Identifizierung, Analysierung und Dokumentation von Mustern innerhalb verschiedener Datensätze. Durch einen induktiv-semantischen Analyseansatz, kann eine umfassende Darlegung der Daten gewährleistet werden. Die thematische Analyse umfasst sechs Schritte. Im ersten Schritt haben die Autorinnen sich mit den verschiedenen Datensätzen vertraut gemacht. Anschliessend erfolgte das initiale Erstellen von Codes. Daraus wurden Themen erarbeitet, welche im vierten und fünften Schritt überprüft, definiert und benannt wurden. Die Beantwortung der Fragestellung des Reviews, stand während der Erstellung der Codes und Themen im Mittelpunkt. Abschliessend wurde ein Bericht anhand der ausgearbeiteten Themen erstellt.

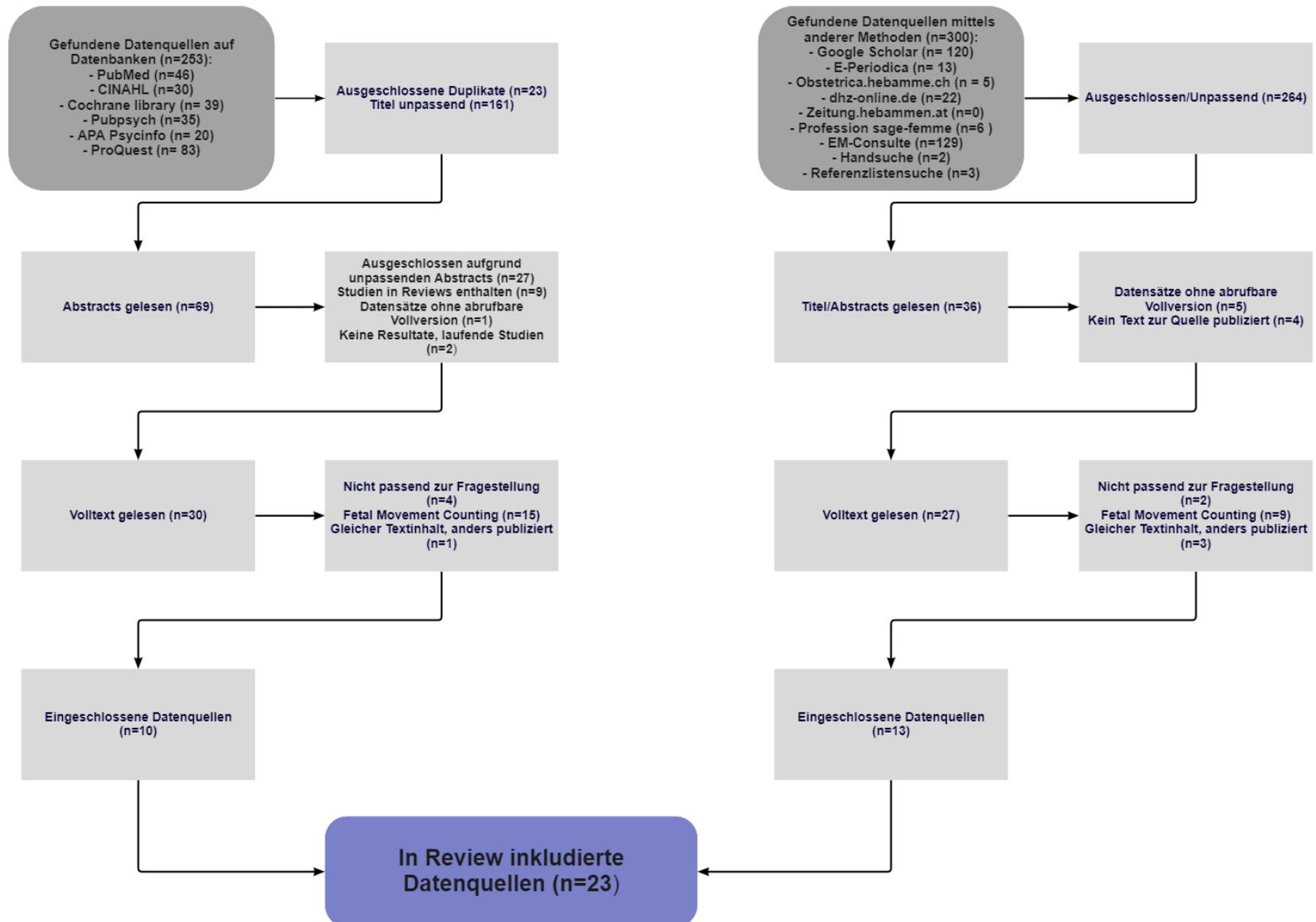
## 4 Ergebnisse

Die im Ergebnissteil beschriebenen Daten wurden aus den 23 eingeschlossenen Datenquellen gewonnen. Dabei handelt es sich um drei Studien mit qualitativem Design, zwei RCT, eine quasi-experimentelle Studie, eine Fallstudie, ein Reflexionsbericht, drei Bücher, vier Kapitel in Büchern sowie acht Zeitschriftenartikel.

### 4.1 Literatursuche und -auswahl

Im Flowchart zur Literatursuche und -auswahl (adaptiert nach Page et al. (2021) in der Abbildung 1, ist der Prozess der Auswahl der Datenquellen übersichtlich dargestellt. Die Suche ist im Zeitraum vom 06.05-19.05.2022 von den beiden Autorinnen durchgeführt worden. Durch gegenseitige Kontrolle der durchgeführten Literatursuche und dem Ausschluss von unpassenden Titeln und Abstracts im Tandem, entstand eine Quellenauswahl, welche von beiden Autorinnen als passend empfunden wurde. Die verwendeten Keywords sind im Methodenteil ersichtlich (Tabelle 1). Die Auswahl der Datenquellen wurde auf den Zeitraum 2002-2022 begrenzt. Aus 253 Datenquellen von Datenbanken sowie 300 Datenquellen von Webseiten, Handsuche und Referenzlistensuche, betrug das Total 553 Datenquellen. Davon wurden 448 unpassende Quellen ausgeschlossen. Wenn vorhanden, wurden im Anschluss die Abstracts durchgelesen und weitere Datenquellen anhand ihres Inhalts exkludiert. Einige der Datenquellen mussten ausgeschlossen werden, da kein Volltext zur Datenquelle vorhanden oder verfügbar war. Aus insgesamt 57 gelesenen Volltexten wurden in einem weiteren Schritt 34 Datenquellen ausgeschlossen (siehe Kapitel 4.1.1). Resultat der Literatursuche ist ein Datensatz von 23 Datenquellen, welche in das Scopingreview integriert wurden. Der gesamte Prozess der Literatursuche ist in der Tabelle 6 im Anhang 11.3 vorzufinden.

Abbildung 1: Flowchart Literatursuche und -auswahl (adaptiert nach Page et al. (2021))



#### 4.1.1 Ausgeschlossene Datenquellen

Der Zeitschriftenartikel von Blazy (2008), Eichhorn (2013), Goertz-Schroth (2013), Campbell (2008) sowie das Buchkapitel von Belhassen (2016) und das Buch von Veldman (2007) wurden ausgeschlossen, da diese nicht zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorthesis geeignet waren. Vier Quellen wurden aufgrund von Textwiederholungen (gleiche Autorenschaft, unterschiedliche Publikation) exkludiert (Dolto, 2008; Raffai, 2016; Schroth, 2009a, 2009b).

Jegliche Datenquellen des FMC, wurden im Prozess der Literatursuche ausgeschlossen. Eine skizzierte Übersicht dieser Auswahl an Datenquellen ist im Anhang 11.4 vorzufinden. Einige der Datenquellen wurden aufgrund folgender Kriterien bereits ausgeschlossenen und sind daher nicht mehr aufgeführt: Ein- und Ausschlusskriterien, Einbezug von Studien in Reviews, nicht verfügbare Volltexte, Nichtbeantworten der Fragestellung anhand der Datenquelle.

#### 4.1.2 Eingeschlossene Datenquellen

Aus den insgesamt 23 eingeschlossenen Datenquellen können neun davon in der BA (Tabelle 2) und 14 in der Haptonomie (Tabelle 3) verordnet werden. Die Datenquellen wurden in den Jahren zwischen 2004 und 2021 erstellt.

Die neun im Review integrierten Datenquellen der BA umfassen zwei Studien mit qualitativem Forschungsdesign, eine Fallstudie, zwei Bücher, zwei Kapitel aus Büchern und zwei Zeitschriftenartikel. Eine Studie analysiert mit der Hilfe von leitfadengestützten, narrativen Interviews die BA als Element der Hebammenarbeit (B. Schmid, 2015), wobei sich die andere Studie, anhand von teilstrukturierten Interviews, vor allem mit der Dokumentation und Analyse von Erfahrungsberichten beschäftigt (Buehner-Ferstl & Geserick, 2016). Der eingeschlossene Fallbericht legt den Fokus auf transgenerationale Aspekte in der BA (Schroth, 2010). In einem der Bücher, welches als Herausgeberwerk zu erkennen ist, wird die pränatale Lebenswelt mit Einbezug von Fallbeispielen dargestellt (Blazy, 2012a). Das ausgewählte Buch der Bindungsanalysebegründer (Hidas et al., 2021), beschreibt die Theorie und veranschaulicht die Methode anhand von Erfahrungsberichten. Eines der inkludierten Buchkapitel bezieht die psychische Gesundheit der Schwangeren und die Wirkung der BA mit ein (Schroth, 2017). Das zweite ausgewählte Kapitel nimmt Bezug auf die BA als Methode (Schroth, 2014). Bei den Zeitschriftenartikel handelt es sich um ein Interview mit den Begründern der BA (Ensel, 2010) sowie ein weiterer Beschrieb der Methode mit Einbezug von Fallbeispielen (Karrasch, 2019).

Die Haptonomie wird in dieser Bachelorthesis anhand von 14 Datenquellen untersucht. Der Datensatz umfasst eine Studie qualitativen Designs, eine Studie mit quasi-experimentellem Design, zwei RCT's, einen publizierten Reflexionsbericht, ein Buch, zwei Kapitel aus Büchern und sechs Zeitschriftenartikel. Die Studie mit qualitativem Design untersucht mittels

halbstrukturierter Interviews die Anwendung der Haptonomie im Gebärsaal (Adam, 2012). Djalali (2004) vergleicht eine Gruppe haptonomisch begleiteter schwangerer Personen mit Statistiken einer Klinik und einer Perinatalstatistik eines deutschen Bundeslandes bezüglich Umständen, Verlauf und Outcomes. Die beiden RCT's befassen sich zum einen mit der Wirkung von Haptonomie auf die Mutter-Kind-Bindung (Klabbers et al., 2018) und zum anderen mit der Wirkung von Haptonomie auf die Geburtsangst von Schwangeren (Klabbers et al., 2019). Vinit (2009) reflektiert in einer psychoanalytischen Reflexion mit Einbezug von Fallbeispielen die haptonomische Schwangerschaftsbegleitung. Bei der Datenquelle von Revardel (2007) handelt es sich um ein Buch, welches allgemein die Haptonomie und ihre Wirkung auf die Triade beschreibt. Die Präventive Wirkung von Haptonomie für die psychische Gesundheit wird im Buchkapitel von Dolto-Tolitch (2004) beschrieben, das Kapitel von Décant-Paoli (2018b) thematisiert die Anwendung der Haptonomie und die Begleitung von Eltern und Kind prä- und postnatal. Bouychou et al. (2018) schreibt über die haptonomische Wirkung als Geburtsvorbereitung in einem Zeitschriftenartikel. Die Zeitschriftenartikel von Dolto (2014, 2018) befassen sich mit den Auswirkungen der bindungsfördernden Methode auf Mutter und Kind und schreibt über Entwicklungsförderung des Individuums durch affektive haptonomische Kontakte. In einem weiteren Artikel legt Dolto (2004) den Fokus auf mütterliche Depressionen und die Prävention durch Haptonomie. Djalali (2008) thematisiert die Auswirkungen der Haptonomie bezüglich Frühgeburtlichkeit und Ricard-Guerroudi (2006) berichtet über die Haptonomie als ganzheitliche Geburtsvorbereitungsmethode sowie über daraus erfolgende kontinuierliche Schwangerschaftsbetreuung.

Tabelle 2: Eingeschlossene Datenquellen Ergebnisse Bindungsanalyse

Bindungsanalyse					
Autorenschaft (Jahr)	Fragestellung/Zielsetzung	Design	Stichprobe/Setting	Methode/ Intervention	Relevante Ergebnisse
Schroth (2010)	Transgenerationaler Einfluss (von Gewalt) und die Verarbeitung im Rahmen der BA	Fallstudie	30-jährige Erstgebärende in der 20. SSW, mit Einbezug des Ungeborenen (+ Partner*in)  Sitzungen der BA, durchgeführt von Schroth (keine näheren Angaben zum Setting)	Berichte über die Behandlung mit Kommentaren von Schroth	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transgenerationaler Einfluss sichtbar</li> <li>- Partner*in als wichtige Rolle im Beziehungsaufbau</li> <li>- Potenzielle Vermeidung von Abort oder Frühgeburt (FG)</li> <li>- Anerkennung von Kompetenz und Individualität des Ungeborenen als Prävention</li> </ul>
B. Schmid (2015)	Wie kann die Anwendung der Bindungsanalyse durch die Hebamme einen gelingenden Übergang von der Schwangerschaft zur Geburt unterstützen?	Qualitative Forschung (Masterarbeit)	Drei Interviewpartnerinnen (33-34 Jahre alt), Zweitparen, BA bei einer Hebamme durchgeführt  Frühjahr 2015 in einer Hebammenpraxis oder Zuhause bei den Interviewten	Leitfadengestützte narrative Interviews und themenbasierte Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direkter Mutter-Kind-Dialog möglich</li> <li>- Entwicklungsprozesse in der Mutterschaft besser verstehen, Anpassung an SS</li> <li>- Ressourcen erkennen</li> <li>- Förderung physiologische SS</li> <li>- Bewusste SS-Vorbereitung</li> <li>- Kontinuum um pränatale Zeit erweitern</li> </ul>
Buchebner-Ferstl und Geserick (2016)	Erforschung folgender Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beweggründe zur BA</li> <li>- Themen während der BA</li> <li>- Kontakt mit dem Ungeborenen</li> <li>- Rolle Kindsvater</li> <li>- Positives/Negatives der Methoden</li> <li>- Sicht der Berater*innen</li> <li>- subjektive Beurteilung der Klient*innen</li> </ul>	Qualitative Forschung (Forschungsbericht)	Neun Schwangere (24-41 Jahre alt), (nicht) abgeschlossene BA, Multi- oder Primipara/-gravida, unterschiedlicher Beziehungs-/ Bildungsstatus sowie Herkunft  (Einbezug von drei Expert*inneninterviews)  Herbst 2014-Frühjahr 2015 im Österreichischen Institut für Familienforschung, Zuhause bei den Interviewten oder per Telefon	Leitfadengestützte teilstrukturierte Interviews und themenbasierte Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufarbeitung verschiedener Themen: transgenerationale Geburtsgeschichten, Fehlgeburten, Kinderwunsch, Beziehungskrisen, etc.</li> <li>- Mutter-Kind-Kontakt sehr unterschiedlich gestaltet, evtl. Druck bei Nichtgelingen der Kontaktaufnahmen</li> <li>- Einbezug Partner*in unterschiedlich gehandhabt</li> <li>- Unterschiedliche Beurteilungen der Wirkung auf SS und Geburt</li> <li>- Fachperson während BA wichtig</li> <li>- Behandlungsraum bietet Rückzugsort, Anwendbarkeit auf andere Settings erschwert</li> </ul>
Autorenschaft (Jahr)	Schwerpunkt/Zielsetzung	Art der Datenquelle	Relevante Ergebnisse/ Erkenntnisse		
(Blazy, 2012a)	Intrauterine Welt sowie BA beleuchten und anhand von Fallbeispielen Durchführung, Erleben und Wirkung aufzeigen	Buch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gegenseitiges Kennenlernen und Respektieren von Mutter und Ungeborenen im Fokus</li> <li>- Fördert Individualität/Differenzierung</li> <li>- Kontaktaufnahme und -erhaltung sowie Gestaltung der Kommunikation zentral</li> <li>- SS-Beschwerden/-Komplikationen lindern</li> <li>- Einfinden in Elternrolle</li> <li>- Förderung Selbstbewusstsein und Stärke, Senkung (Geburts-)Ängste</li> </ul>		

Ensel (2010)	Erfahrungen mit der Methode aus der Sicht von zwei Fachpersonen der BA	Zeitschriftenartikel/Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einstimmung auf das Kind</li> <li>- Förderung seelischer Entwicklung Kind</li> <li>- Hineinwachsen Mutterrolle</li> <li>- Verarbeitung mütterlicher Traumata</li> <li>- Vorbereitend während Interventionen in der SS</li> <li>- Aufbau harmonische Mutter-Kind-Beziehung</li> <li>- Andere Lebenschancen/-qualität, bessere emotionale und kognitive Entwicklung</li> <li>- Kind als Individuum geboren und anerkannt</li> </ul>
Schroth (2014)	Entstehung, Konzept und Auswirkungen der BA auf Eltern und Kind darlegen unter Einbezug von eigenen Erfahrungen	Buchkapitel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlichkeitsentwicklung des Ungeborenen, Erfahrung der Ich-Bedürfnisse</li> <li>- Vater als sozialer Uterus</li> <li>- Stärkung der inneren Wahrnehmung und der natürlichen Kompetenz der werdenden Eltern</li> <li>- Natürliche und kürzere Geburten, weniger Interventionen, weniger als 10% Sectio</li> <li>- Frühgeburtenrate 0.2%</li> </ul>
Hidas et al. (2021)	Theorie und Konzept rund um BA darlegen, anhand von Erfahrungsberichten Vorstellung von Durchführung, Erleben und Wirkung aufzeigen	Buch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelabweichende SS-Situationen durch Mutter-Kind-Kontakt verbessern (Plazentastimulation, etc.)</li> <li>- Individualisierung des Ungeborenen, Erkennen Bedürfnisse</li> <li>- gemeinsame Geburtsvorbereitung</li> <li>- Mütterliche Ängste aufarbeiten</li> <li>- Verarbeitung eigener Themen (SS und Geburt)</li> <li>- Evtl. Leistungsdruck durch die BA</li> </ul>
Karrasch (2019)	Vorstellung Wirkung der BA durch Einblick in Theorie und Praxis sowie Störfaktoren pränataler Entwicklung	Zeitschriftenartikel/ Paper zu einer Präsentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kind emotional ausgeglichen, der Welt zugewandt, lernbegierig, selbstbewusst</li> <li>- Intensiven Reifeprozess während der BA</li> <li>- Ermöglicht emotionale Verständigung</li> <li>- Verarbeitung traumatischer/unbewältigter Erlebnisse der Mutter</li> <li>- Schutz des Ungeborenen vor unverarbeiteten Erlebnissen der Mutter, Weniger Früh- und Fehlgeburten</li> <li>- Einfinden in der Mutterrolle</li> </ul>
Schroth (2017)	Thematisierung peripartaler psychische Gesundheit in der Gesellschaft und Wirkung der BA diesbezüglich	Buchkapitel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weniger Geburtsangst und erträgliche Schmerzen sub partu</li> <li>- Weniger Interventionen sub partu</li> <li>- Tiefere Geburtsbelastung für Mutter und Kind</li> <li>- Kaum FG (normal ca. 10%)</li> <li>- Einfacher Umgang mit dem Neugeborenen</li> <li>- emotionale Stabilität des Neugeborenen</li> <li>- Absetzen/nicht Verwenden von Antidepressiva (BA vs. Antidepressiva = tiefere Fehlgeburtenrate (0.16% vs. 12.3%))</li> </ul>

Tabelle 3: Eingeschlossene Datenquellen Ergebnisse Haptonomie

Haptonomie					
Autorenschaft (Jahr)	Fragestellung/Zielsetzung	Design	Stichprobe/Setting	Methode/Intervention	Relevante Ergebnisse
Adam (2012)	Anwendung der Haptonomie im Gebärsaal (Autonomie der Paare und auftretende Schwierigkeiten)	Halbstrukturierte Interviews, qualitatives Design	sechs Primigravida (mit Partner*in), fünf physiologische SS, eine mit vorangegangener Pyelonephritis Geburt: 39+5 SSW- 41+2 SSW Verschiedenen Geburtskliniken	Haptonomische SS-Betreuung (Start zwischen 2 ½ und 5 SS-Monat) Halbstrukturierte Interviews mit den Paaren	-Haptonomie wirkt auf Paarbeziehung und Umgang in Triade (Respekt, Autonomie) - Schwierigkeiten bei Begleitung durch nicht-haptonomische Fachperson sub partu -Verbesserter Umgang mit Problemen und schwierigen Situationen
Djalali (2004)	Analyse von haptonomisch begleiteten Geburten bezüglich Umstände, Verlauf, Outcomes	Quasi-Experimentelle Studie (Abschlussarbeit)	18-46 Jahre alt, Primi- sowie Mehrgravida	Kontinuierliche haptonomische Begleitung durch gleiches geburtshilfliches Team. Vergleich mit Krankenhausstatistik, Perinatalstatistik	-Weniger Schmerzen sub partu -Weniger Einsatz von Medikamenten -Reduktion von Kaiserschnitttrate -Mehr Spontangeburt (SG) bei Beckenendlage (BEL) -Mehr Terminübertragung -Weniger FG -Mehr Damm intakt (>Dammrisse/Episotomien)
Klabbers et al. (2018)	Vorteile von Haptonomie bei schwangeren Personen mit starker Geburtsangst	RCT	146 Primi- und Multigravida >18 Jahre Starke Geburtsangst (Diagnose durch Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire) In einer Ausbildungsklinik der Niederlande	PRAM-Scale (Grafische Darstellung für Attachementfassung) Vergleich mit Kontrollgruppen	-Bei starkem Attachment (tiefem PRAM); keine signifikante Erhöhung des Mutter-Kind-Attachments: $f(3, 69) = 2.009, p = .121$ -Bei niedrigem Attachment; signifikante Verbesserung Haptotherapiegruppe im Gegensatz zu Kontrollgruppe: $f(3,69) = 2.877, p = .042$
Klabbers et al. (2019)	Therapeutischer Effekt von Haptonomie auf starke Geburtsangst	RCT	134 Primi- und Multigravida Starke Geburtsangst (Diagnose durch (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire) In einer Ausbildungsklinik der Niederlande	Während 20.-24. SSW Zuteilung in Haptotherapiegruppe, Psychoedukation via Internet oder gewöhnlicher SS-Betreuung. Messzeitpunkte 36. SSW, 6 Wochen postpartal, und 6 Monate postpartal	-Haptotherapie effektiver zur Reduktion starker Geburtsangst im Vergleich zu den Kontrollgruppen <i>Intention to treat:</i> Tendenz zu stärkerer Abnahme der Geburtsangst als andere Gruppen, nicht signifikant: $f(6,164)=1.616, p=.146$ <i>As-treated:</i> Haptotherapie im Vergleich mit zwei Kontrollgruppen signifikant höhere Reduktion: $z=2.36, p<.01$ -Keine signifikanten Unterschiede bezüglich medizinischer Interventionen, Gestationsalter oder Geburtsgewicht sub partu

Autorenschaft (Jahr)	Schwerpunkt/Zielsetzung	Art der Datenquelle	Relevante Ergebnisse/Erkenntnisse
Bouychou et al., (2018).	Vorstellung verschiedener Mittel zur Geburtsvorbereitung/Haptonomie als Geburtsvorbereitung	Artikel in Zeitschrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aktive Teilnahme und Integration von Partner*in und Ungeborenem in den Prozess, auch sub partu</li> <li>-Partner*in als Unterstützung für Übergangsphase</li> <li>-Haptonomischer Kontakt vermittelt Zärtlichkeit und Wohlbefinden</li> <li>-Weniger Interventionen sub partu notwendig</li> <li>-Veränderung der Schmerzwahrnehmung</li> </ul>
Décant-Paoli (2018b)	Anwendungsformen und Nutzen der Haptonomie in unterschiedlichen Fachbereichen  Begleitung von Eltern und Kind prä- und postnatal	Buchkapitel	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kind lernt früh Grundvertrauen, Sicherheit und Autonomie durch Aufbau von affektiver Beziehung</li> <li>-Förderung der Individualität des Kindes</li> <li>-Schnelle Entwicklung affektiver Beziehungen in Triade; wechselseitiger, zärtlicher, liebevoller Austausch</li> <li>-Kind lernt und erkennt Kontaktaufnahme und Stimmen der Eltern</li> <li>-Partner*innen entdecken ihre wichtige Rolle (emotionaler Rückhalt in der SS und sub partu, Differenzierung der Beziehung von Dyade zu Triade)</li> <li>-Wohlbefinden Mutter; wirkt erweichend auf Muskeln und Bänder. Modifikation von Cortisol, Endorphinen</li> <li>-Durch Tonusveränderung, vorteilhafte Kindsposition für Geburt</li> <li>-Kind hilft bei der Geburt aktiv mit</li> </ul>
Dolto (2004)	Präventive Wirkung von Haptonomie für die psychische Gesundheit	Artikel in Zeitschrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ängste und Depressionen frühzeitig erkennen</li> <li>-Potenziell prophylaktische Wirkung für postpartale Depressionen</li> <li>-Haptonomie kann Kind vor den Auswirkungen mütterlicher Depressionen schützen</li> <li>-Gegenseitige affektive Bestätigung, Beziehungsaufbau</li> <li>-Neugeborene kommen besser mit Prüfungen des Lebens zurecht</li> <li>-Bei Bindungsschwierigkeiten; unterstützte Überwindung bei Schwierigkeiten durch Fachperson</li> <li>-Förderung Elterngedühle</li> </ul>
Dolto (2014)	Entwicklungsförderung des Individuums durch affektive haptonomische Kontakte	Artikel in Zeitschrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Spielerische, liebevolle Interaktionen zwischen Eltern und Kind</li> <li>-Wirkung auf Mutter, Kind, Partner*in in der SS, bei der Geburt und für das weitere Leben</li> <li>-Beeinflussung der Entwicklung und Persönlichkeit des Kindes durch Beziehungen prä- und postpartal</li> <li>-Haptonomischer Kontakt zeigt sich in; Psyche, Emotionen, Veränderungen in Muskeln und Bändern, Hormonsekretion. Wirkt auf Mutter, Ungeborenes und gemeinsame Interaktionen</li> <li>-Bei negativen Emotionen der Mutter, unterstützt Baby (Annäherung Herz, Wiegebewegungen)</li> </ul>
Dolto (2018)	Haptonomische Begleitung in der SS und danach  Auswirkungen auf das Kind	Artikel in Zeitschrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Eltern lernen wie sie dem Kind eine Basis von Sicherheit, Selbstvertrauen vermitteln können</li> <li>-Förderung des Kindes in Autonomie, Entwicklung (der Proto-Identität)</li> <li>-Prävention für potenzielle Schwierigkeiten in Beziehung Eltern-Kind-Beziehung</li> <li>-Neugeborene haben weniger muskuläre Hypertonie, insgesamt besserer Tonus</li> <li>-Neugeborene wirken ruhiger, innere Sicherheit</li> </ul>
Dolto-Tolitch (2004)	Erklärungstext der Haptonomie pränatal und ihrer Methoden und Wirkung	Kapitel in Herausgeberwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehungsaufbau durch Interaktionen durch die Bauchwand, beruhigende und versichernde Wirkung für Eltern</li> <li>-Förderung der Autonomie und Entwicklung Ungeborenes, lernt Bewegungen</li> <li>-Kind kann für externe Zwecke (Untersuchungen) oder Geburt bewusst bewegt werden</li> <li>-Haptonomie-Fachpersonen als wichtige Bezugspersonen können bei grosser Psychischer Not unterstützen</li> <li>-Therapeutisch-heilende Wirkung für Elternteile</li> </ul>

Djalali (2008)	Haptonomie als Prophylaxe für Frühgeburtslichkeit	Artikel in Zeitschrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reduktion FG-Rate</li> <li>-SS-Beschwerden</li> <li>-Intensivierung der Mutter-Kind Interaktion</li> <li>-Verändertes Körperbewusstsein in SS und daraus resultierend Wohlbefinden in der SS</li> </ul>
Revardel (2007)	Erklärungstext der Haptonomie und seiner Wirkung auf die Triade	Buch	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reifung der Triadenbeziehung, Gefühl für Elternschaft entwickeln</li> <li>-Wohlbefinden Mutter in SS und Geburt</li> <li>-Geburt als gemeinsam, aktiv und involviert erleben, hilft Verantwortung zu übernehmen</li> <li>-Umgang mit Schwierigkeiten oder Problemen verbessert</li> <li>-Kind als lernfähiges Individuum (Natürliches Potenzial)</li> <li>-Fokus auf Wohlbefinden und Autonomie, partizipative Beziehung mit Ungeborenem</li> <li>-Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen</li> <li>-Ungeborenes vorbereiten auf Eingriffe</li> </ul>
Ricard-Guerroudi (2006)	Haptonomie als ganzheitliche Geburtsvorbereitungsmethode, kontinuierliche Betreuung	Artikel in Zeitschrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Weniger al 3% Sectio-, Periduralanästhesie-, Episotomierate durch Haptonomie und kontinuierliche Betreuung.</li> <li>-Niedrige Morbiditäts- und Mortalitätsrate</li> <li>-Unterstützung bei der Reifung emotionaler Beziehungen, und in Elternrolle zu finden</li> <li>-Mutter: Entspannung (physisch, emotional)</li> <li>-Wohlbefinden Mutter, durch vermitteln emotionaler Sicherheit</li> <li>-Sicherheit vermitteln bekommen und Autonomie erhalten während Sectio</li> </ul>
Vinit (2009)	Reflexion haptonomischer Begleitung perinatal, Erläuterung an drei Fallbeispielen aus der Praxis	Psychoanalytische Reflexion Fallbeispielen	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Haptonomie verfeinert bereits bestehenden Kontakt zwischen Kind und Eltern</li> <li>-SS welche von Bindungsschwierigkeiten oder vorangegangenen Fehlgeburten geprägt sind, ist der Kontakt zum Ungeborenen besonders wichtig</li> <li>- Aufarbeitung von Bindungsproblematiken führt zu Reduktion von vorzeitigen Kontraktionen</li> </ul>

## 4.2 Qualitätsbeurteilung

Im Abschnitt der Qualitätsbeurteilung werden die eingeschlossenen Datenquellen kritisch beurteilt. In der Tabelle 4 und Tabelle 5 sind die analysierten Stärken und Schwächen der Datenquellen vorzufinden. Die vollständig ausgefüllten Raster sind im Anhang 11.1 und Anhang 11.2 zu finden.

Eine Grosszahl der Datenquellen wurden mit dem Raster *Texte und Meinungen* analysiert. Darunter fallen folgende Zeitschriftenartikel, Buchkapitel und Bücher: Ensel (2010), Karrasch (2019), Schroth (2014, 2017), Bouychou et al. (2018), Décant-Paoli (2018b), Djalali (2008), Dolto (2004, 2014, 2018), Dolto-Tolitch (2004), Revardel (2007), Ricard-Guerroudi (2006) und Vinit (2009). Die Autorenschaft wird in allen Texten genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden. Ein Grossteil der stellungnehmenden Personen kommen aus dem Fachbereich der Psychologie und Psychiatrie, mit einer zusätzlichen Ausbildung in Haptonomie oder BA (Bouychou et al., 2018; Décant-Paoli, 2018b; Djalali, 2008; Dolto, 2004, 2014, 2018; Dolto-Tolitch, 2004; Ensel, 2010; Karrasch, 2019; Revardel, 2007; Schroth, 2014, 2017; Vinit, 2009).. In Ricard-Guerroudi (2006) werden Aussagen von Hebammen und gynäkologischen Fachpersonen wiedergegeben, ob diese jedoch als Fachpersonen im Bereich der Haptonomie einzuordnen sind, ist nicht ersichtlich. Fallbeispiele werden miteinbezogen um die gemachten Aussagen zu unterstreichen und die Interessen der Population zu vertreten (Ensel, 2010; Karrasch, 2019; Schroth, 2014, 2017; Vinit, 2009). Trotz dem Einbezug von Fallbeispielen in Ensel (2010) ist zu erkennen, dass einige Aussagen bezüglich den Auswirkungen der bindungsfördernden Methoden nicht klar beschrieben und daher nicht komplett verständlich gemacht werden. Eine Schwäche, die sich in mehreren Quellen gezeigt hat, ist die ungenügende oder fehlende Angabe von weiterführender Literatur (Bouychou et al., 2018; Dolto-Tolitch, 2004; Ricard-Guerroudi, 2006). Schroth (2014) vermerkt innerhalb des Textes keine Quellenangaben, Bouychou et al. (2018) hingegen verweist auf Quellen, Aussagen sind jedoch nicht nachvollziehbar Quellen zuzuordnen. In anderen Fällen, wie beispielsweise Djalali (2008), Ensel (2010) und Dolto (2014) wird fast ausschliesslich auf eigene Publikationen verwiesen. So können gemachte Aussagen nicht in ihrer Aussagekraft gestärkt werden. Je nachdem kann das Fehlen von Quellenverweisen auf die Art des Textes zurückgeführt werden, wie im Zeitschriftenartikel von Dolto-Tolitch (2004), welcher als transkribierter mündlicher Beitrag zu erkennen ist oder der Artikel von Karrasch (2019), welcher als Paper einer Präsentation dient. Verständliche Literaturverweise sind in Dolto (2018) und Revardel (2007) zu erkennen. In vielen Texten werden keine Inkongruenzen zu anderer Literatur erwähnt oder diskutiert (Bouychou et al., 2018; Décant-Paoli, 2018b; Djalali, 2008; Dolto, 2004, 2014, 2018; Ensel, 2010; Revardel, 2007; Schroth, 2017). Die Autorinnen werten dies als Schwäche, da innerhalb der Daten die Aussagen und Ergebnisse nicht reflektiert dargestellt werden. Dadurch wird die Validität

gemindert. In Vinit (2009) und Ricard-Guerroudi (2006) werden unterschiedliche Meinungen und Reflexionen geäußert, jedoch anschliessend nicht genauer diskutiert. In vereinzelt Fällen werden Kongruenzen mit weiterführender Literatur thematisiert und Aussagen dadurch bestärkt (Schroth, 2014, 2017).

Die drei Studien, welche mit dem Raster *Qualitative Studien* kritisch beurteilt wurden (Adam, 2012; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016; B. Schmid, 2015), weisen innerhalb ihrer Arbeit eine Kongruenz zwischen Forschungsmethodik-, Ziel-, Frage-, Analyse-, auf. Es herrscht eine Transparenz bezüglich der Arbeitsschritte, einzig in Adam (2012) wird das Analyseverfahren der Daten nicht erläutert. Die qualitativen Arbeiten nutzen alle Interviews als Datenerhebungsmethode. Beim Rekrutierungsverfahren kann bei B. Schmid (2015) ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden, da die Rekrutierung per Mail stattgefunden hat und durch Bekannte der forschenden Person erfolgte. Es wurden unterschiedlich viele Interviews durchgeführt: Drei (B. Schmid, 2015), sechs (Adam, 2012) und neun Interviews (Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016). Buchebner-Ferstl und Geserick (2016) führen zur theoretischen Vertiefung zuvor Expert\*inneninterviews durch. Buchebner-Ferstl und Geserick (2016), Adam (2012) und B. Schmid (2015) zitieren innerhalb ihrer Texte die durchgeführten Interviews und räumen dadurch den Interviewten viel Platz in den Studien ein, jedoch sind die Interviews nicht in transkribierter Form im Anhang aufgeführt. Einzig B. Schmid (2015) thematisiert den Einfluss ihrer bisherigen Erfahrungen auf die Studie, geht jedoch nicht detailliert darauf ein. Keine der Studien diskutiert ethische Aspekte (Adam, 2012; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016; B. Schmid, 2015). Adam (2012) begründet das Fehlen einer ethischen Genehmigung dadurch, dass keine zusätzlichen, neuen Interventionen vorgenommen werden, da es sich bei den Proband\*innen bereits um Personen handelt, welche Haptonomie in Anspruch nehmen. B. Schmid (2015), Buchebner-Ferstl und Geserick (2016), Adam (2012) bauen ihre Schlussfolgerungen jeweils auf der Analyse der gewonnenen Daten auf, dies wurde als positiv gewertet. Buchebner-Ferstl und Geserick (2016) thematisieren zudem die eingeschränkten wissenschaftlichen Aussagen ihrer Daten sowie die finanzielle Unterstützung der Studie.

Schroth (2010), Blazy (2012a) und Hidas et al. (2021) wurden mit adaptierten Checklisten für Fallberichte oder Bücher mit Fall- oder Erfahrungsberichten kritisch beurteilt. Bei den Datenquellen Schroth (2010), Blazy (2012a) und Hidas et al. (2021) sind die Stellungennehmenden sowie deren Expertise auf dem Gebiet, klar ersichtlich, die Interessen der Population stehen im Vordergrund. Der Einbezug von Fallberichten oder Erfahrungsberichten dient als geeignete Ausführung und Unterstützung der Standpunkte (Blazy, 2012a; Hidas et al., 2021). Literarische Verweise sind im Herausgeberwerk Blazy (2012a) nicht immer klar verständlich, weiterführende Literatur und Kongruenzen mit dieser werden jedoch aufgeführt. Kongruenzen im Theorieteil führt auch Hidas et al. (2021) klar auf. Durch die vielfältigen Erfahrungsberichte von Hidas et al. (2021) werden jedoch auch Inkongruenzen mit der Theorie ersichtlich gemacht.

Innerhalb der Fallberichte von Blazy (2012a) werden die wichtigsten demographischen und anamnestischen Daten aufgeführt. Im Fallbericht bezieht sich Schroth (2010) primär auf die psychosoziale und familiäre Anamnese der schwangeren Person. Dadurch erhält die lesende Person kein nachvollziehbares Gesamtbild. Der Zustand der Klientinnen wird in den Fallberichten von Schroth (2010) und Blazy (2012a) vor, während und nach der Intervention genügend erklärt und von der Autorenschaft analysiert. Die Autorenschaft trifft dabei nicht nur objektive Aussagen, sondern stellt auch vermehrt Vermutungen an. Die Erfahrungsberichte in Hidas et al. (2021) wurden, um die Aussagen der Klientinnen nicht zu mindern, in der Publikation nicht genauer kommentiert und beurteilt.

Die Autorinnen entschieden sich, dass das Design der quasi-experimentellen Studie am besten mit der Analyse von Djalali (2004) übereinstimmt. Das Setting der Interventionsgruppe wurde beschrieben. Die Behandlung und Betreuung der Vergleichsgruppen ist jedoch nicht ausreichend beschrieben, sowie auch die Datenerhebung und Auswahl der Interventionsgruppe nicht, da hierfür bereits bestehende Statistiken anderer Herausgeber genutzt wurden. Ein Selektionsbias kann daher nicht ausgeschlossen werden. Die geburtshilflichen Interventionen oder Outcomes wurden einander lediglich prozentual gegenübergestellt. Diese Gegenüberstellung findet jedoch übersichtlich und logisch statt. Da eine kontinuierliche Betreuung durch dasselbe Team stattgefunden hat, sind möglicherweise nicht alle Resultate auf die haptonomische Begleitung zurückzuführen. Weiter ist dem Text von Djalali (2004) zu entnehmen, dass die Arbeitsphilosophie von Djalali als verantwortliche gynäkologische Fachperson sich von der zu dem Zeitpunkt geläufigen geburtshilflichen Praxis (bspw. bezüglich Episiotomie) unterscheidet, was wahrscheinlich ebenfalls die Resultate beeinflusste.

Beide integrierte RCT's (Klabbers et al., 2018; 2019) wenden eine Randomisierung an. Aufgrund der Behandlung ist eine Verblindung jedoch nicht möglich (Gruppe Haptonomie, Psychoedukation via Internet, normale Schwangerschaftsvorsorge). In Klabbers et al. (2018) fällt auf, dass die Gruppen sich in ihrer Zusammensetzung unterscheiden, die Interventionsgruppe der Haptonomie enthält beispielsweise mehr Multiparen als die anderen Gruppen, die interne Validität ist dadurch nicht gesichert. Die Reliabilität der Messinstrumente wurde in Klabbers et al. (2018; 2019) mit dem Cronbachschen Alpha gemessen und die Werte liegen zwischen 0.88-0.95. In beiden Studien gab es jeweils einen Proband\*innenwechsel innerhalb der Gruppen, daher wurde eine as-treated-analysis vorgenommen. Klabbers et al. (2019) nimmt neben der as-treated-analysis jedoch auch noch eine intention-to-treat-analysis vor. Sowohl Klabbers et al. (2018) als auch Klabbers et al. (2019) führten Regressions- und Varianzanalysen innerhalb ihrer Forschung durch (Ergebnisse siehe Tabelle 3). Alle gewonnenen Erkenntnisse werden anhand des p-Wertes als signifikant/nicht signifikant gekennzeichnet. Die interne Validität von Klabbers et al. (2018) wird gemindert, da Ursachen für Ausstiege aus der Studie nicht diskutiert und auch mögliche Zusammenhänge zwischen den zugeordneten Methoden und

Ergebnissen nicht genauer thematisiert werden. Als einzige Datenquelle innerhalb des Scopingreviews verwendet Klabbers et al. (2018) ein nicht auf Beobachtungen basierendes Messinstrument an, den PRAM. Sowohl Klabbers et al. (2018) als auch Klabbers et al. (2019) wurden ethisch genehmigt. Ein potenzieller Selektionsbias ist in beiden Studien durch die Auswahl der Proband\*innen möglich. Die Stichproben weisen in beiden Studien eine geringe Zahl an Probandinnen auf, Klabbers et al. (2019) konnte die vorgenommene Poweranalyse nicht erfüllen und erreichte die notwendigen 64 Teilnehmenden pro Interventions- und Kontrollgruppe nicht (siehe Tabelle 5).

Tabelle 4: Stärken-Schwächen-Profil Datenquellen Bindungsanalyse

Bindungsanalyse		
Autorenschaft (Jahr), Design	Stärken	Schwächen
Blazy (2012a) Buch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stellungsnehmende werden beschrieben, können im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Die Interessen der Population stehen im Vordergrund</li> <li>- Theoretischer Hintergrund wird mit Fallbeispielen unterstützt</li> <li>- Fallberichte enthalten demographische und anamnestiche Daten</li> <li>- Aussagen werden mit Fallberichten unterstützt</li> <li>- Zustand vor/während/nach der BA werden beschrieben</li> <li>- Struktur zu erkennen, fördert Verständlichkeit</li> <li>- Umfassende Wirkung der BA wird ersichtlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallberichte enthalten viele Beobachtungen/Vermutungen, nicht nur objektiv</li> <li>- Literaturverzeichnis/ Quellenverweise nicht klar verständlich/vollständig vorhanden</li> </ul>
Buchebner-Ferstl und Gesserick (2016) qualitative Forschung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsmethodik, -ziele, -frage, -analyse sind kongruent miteinander (teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews)</li> <li>- Expert*inneninterviews ermöglichen eine Vertiefung im Feld</li> <li>- Viele Beiträge der Teilnehmenden</li> <li>- Schlussfolgerungen wurden aus der Analyse der Daten gefolgert</li> <li>- Limitation der wissenschaftliche Aussagen werden thematisiert</li> <li>- Kritische Erfahrungen werden aufgeführt</li> <li>- Finanzierung des Forschungsberichtes mit Begründung klar aufgeführt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschende können nicht klar kulturell/theoretisch eingeordnet werden, deren Einfluss auf die Forschung wird nicht thematisiert</li> <li>- Ethische Aspekte werden nicht aufgeführt</li> <li>- Transkribierte Interviews nicht im Anhang ersichtlich, Vollständigkeit der Aussagen kann nicht geprüft werden</li> </ul>
Ensel (2010) Zeitschriftenartikel/ Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensel A. und die Interviewten werden genannt und können im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Klare Gliederung des Textes, zu Beginn kurzer Einleitungstext</li> <li>- Unterstützung der Hauptaussagen mit Fallbeispielen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einzig auf Literatur der Befragten verwiesen</li> <li>- Ergebnisse unklar beschrieben</li> <li>- Inkongruenzen werden nicht genannt</li> </ul>
Hidas et al. (2021) Buch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stellungsnehmende und ihre Aufgaben werden beschrieben</li> <li>- Die Interessen der Population stehen im Vordergrund</li> <li>- Erfahrungsberichte helfen beim Verständnis der BA</li> <li>- Erfahrungsberichte, welche kritische Punkte/Verschiedenheiten der BA/zur Theorie beleuchten, werden aufgeführt</li> <li>- Fehlende Analyse der Erfahrungsberichte wird nachvollziehbar begründet</li> </ul>	
Karrasch (2019) Zeitschriftenartikel/ Paper zu Präsentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Karrasch C. wird genannt und kann als Fachperson verordnet werden</li> <li>- Einbezug von Fallbeispielen zur Bestärkung/Verdeutlichung von Argumentationen</li> <li>- Die Interessen der Population stehen im Vordergrund</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Literaturverweise innerhalb des Textes, Aufführung eines Literaturverzeichnisses ersichtlich (womöglich aufgrund der Art des Textes, Text zu einer Präsentation)</li> </ul>

Schmid (2015) Qualitative Forschung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsmethodik, -ziele, -frage, -analyse sind kongruent miteinander (narrative, leitfadengestützte Interviews)</li> <li>- Viele Beiträge der Teilnehmenden</li> <li>- Schlussfolgerungen wurden aus der Analyse der Daten gemacht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ethische Aspekte werden nicht aufgegriffen/diskutiert</li> <li>- Forschende deklariert den persönlichen Einfluss auf die Arbeit, geht jedoch nicht genauer darauf ein</li> <li>- Potenzieller Selektionsbias, durch Mailanfrage der Probandinnen, wird nicht thematisiert</li> <li>- Transkribierte Interviews nicht im Anhang ersichtlich, Vollständigkeit der Aussagen kann nicht geprüft werden</li> </ul>
Schroth (2010) Fallstudie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wichtige demographische Daten wurden festgehalten</li> <li>- Aktueller Zustand vor/während/nach der Intervention wurde beschrieben</li> <li>- Intervention wurde klar beschrieben</li> <li>- Schlussfolgerung enthält einen Ausblick</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheitsgeschichte fast ausschliesslich auf psychosozialer familiärer Ebene</li> <li>- Beurteilungsinstrument wird nicht genauer erläutert</li> <li>- Unvorhergesehene Ereignisse während der Behandlung werden nicht thematisiert</li> </ul>
Schroth (2014) Buchkapitel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schroth G. wird genannt und kann als Fachperson verordnet werden</li> <li>- Verständlicher, detaillierter Text</li> <li>- Verwendete Quellen werden belegt/bestätigt durch eigene Erfahrungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine genaue Analyse der genannten Werte/Ergebnisse beschrieben</li> <li>- Verwendete Quellen nur im Literaturverzeichnis aufgeführt, einmalig direkt im Text als Verweisung gekennzeichnet</li> <li>- Inkongruenzen zu anderen Quellen werden nicht beschrieben</li> </ul>
Schroth (2017) Buchkapitel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schroth G. wird genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Population steht im Vordergrund</li> <li>- Theoretischer Hintergrund gibt eine gute Einführung in die Thematik</li> <li>- Weiterführende Literatur und Quellen werden verwendet</li> <li>- Fallbeispiele unterstreichen die gemachten Aussagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkongruenzen werden nicht genannt</li> <li>- Genutzte statistische Vergleichswerte werden mit keiner Quelle belegt</li> </ul>

Tabelle 5: Stärken-Schwächen-Profil Datenquellen Haptonomie

Haptonomie		
Autorenschaft (Jahr), Design	Stärken	Schwächen
Adam, E. (2012) Halbstrukturierte Interviews in einem qualitativen Design	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsmethodik, -ziele, -frage, -analyse sind kongruent miteinander Schlussfolgerungen sind logisch aus den Ergebnissen synthetisiert und interpretiert</li> <li>- Negative Elemente/Aussagen der Paare bezüglich der Methode aufgeführt und einbezogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adam E. kann theoretisch oder praktisch nicht eingeordnet werden, ein möglicher Einfluss auf das Review wird nicht thematisiert</li> <li>- Transkribierte Interviews nicht im Anhang vorzufinden, Vollständigkeit der Daten und Aussagen von Paaren kann nicht überprüft werden</li> <li>- Methodisches Vorgehen bei Datenanalyse nicht beschrieben</li> </ul>
Bouychou et al., (2018) Zeitschriftenartikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorenschaft wird genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Logische im Prozess gezogene Schlussfolgerungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringer Umfang des Textes, kein analytischer Prozess ersichtlich</li> <li>- Herkunft/Quellen der gemachten Aussagen nicht ersichtlich</li> <li>- Keine gegenteiligen Meinungen oder Standpunkt thematisiert/diskutiert</li> <li>- Aussagen zu geburtshilflichen Auswirkungen ohne Quellenverweise- Autorenschaft nicht qualifiziert, um Aussagen zu machen</li> </ul>

Djalali, M. (2004) Quasiexperimentelle Studie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wichtige geburtshilfliche Parameter der Vergleichsgruppen werden übersichtlich aufgeführt und einander gegenübergestellt</li> <li>- Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe zu erkennen (Schwangere der Interventionsgruppe mehr geburtshilfliche Risiken)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlung/Betreuung der Vergleichsgruppen nicht nachvollziehbar beschrieben</li> <li>- Störvariable; kontinuierliche Betreuung durch geburtshilfliches Team, Ursache für die vorliegenden Resultate nicht klar einzuordnen</li> <li>- Störvariable; Arbeitsphilosophie/Einfluss von Djalali (bspw. bezüglich Episotomien) wird nicht thematisiert</li> <li>- Nicht verständliche Beschreibung der Datenerhebung</li> <li>- Selection-Bias; Stichprobenauswahl nicht nachvollziehbar</li> <li>- Keine statistische Auswertung, nur Gegenüberstellung von Zahlen</li> </ul>
Djalali (2008) Zeitschriftenartikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Djalali, M. wird genannt, kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Die Interessen der Population stehen im Vordergrund</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verweis auf Quellen von Djalali im Literaturverzeichnis, weiterführende Literatur anderer Autorenschaft wird nicht verwendet/aufgeführt</li> <li>- Stellungnahmen werden nicht ausgeführt, als Teil eines analytischen Prozesses oder als Schlussfolgerung dargelegt</li> <li>- Keine Quellenverweise im Text, Stellungnahme als Erfahrungen/Beobachtungen von Djalali, M. zu erahnen</li> </ul>
Décant-Paoli (2018b) Buchkapitel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorenschaft wird genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Behandelte Thematik/deren Wichtigkeit wird detailliert thematisiert</li> <li>- Interessen der Population stehen im Vordergrund</li> <li>- Die geäußerte Meinung ist nachvollziehbar, Argumente sind schlüssig aufeinander aufbauend</li> <li>- Die Autorenschaft bezieht sich in ihren Aussagen auf weitere Literatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kongruenzen/Inkongruenzen mit anderen Publikationen und Meinungen werden nicht thematisiert</li> </ul>
Dolto, C. (2004) Zeitschriftenartikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolto, C. wird genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Ziel und Zielgruppe der Publikation ist erkennbar</li> <li>- Bezug auf andere Publikationen Autor*innen, auch aus anderen Themenbereichen, vorhanden</li> <li>- Argumentation logisch aufgebaut, Schlussfolgerung schlüssig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkongruenzen werden nicht thematisiert</li> </ul>
Dolto (2014) Zeitschriftenartikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolto, C. wird genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden.</li> <li>- Interessen der Population stehen im Vordergrund</li> <li>- Praxisbeispiele unterstützen gemachte Aussagen</li> <li>- Meinungen/Argumentation sind im Text nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaum weiterführende Literatur innerhalb des Textes verwendet</li> <li>- Angaben zu weiterführender Literatur beinhalten grösstenteils eigene Publikationen von Dolto, C.</li> <li>- Keine Argumente anderer Publikationen oder Autor*innen beigezogen</li> </ul>
Dolto (2018) Zeitschriftenartikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolto, C. wird genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Interessen der Population beachtet, Argumente verständlich formuliert</li> <li>- Verweis auf weitere Literatur vorhanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kongruenzen mit bestehender Literatur nur wenig verwiesen</li> <li>- Keine Inkongruenzen beschrieben</li> </ul>
Dolto-Tolitch (2004) Buchkapitel/ transkribierter mündlicher Beitrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolto-Tolitch, C. wird genannt, kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Andere Sichtweisen angesprochen</li> <li>- Interessen der Population werden thematisiert, stehen im Vordergrund</li> <li>- Beispiele werden im Text verwendet</li> <li>- Argumente und Grundannahmen beschrieben, logisch aufgebaut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es handelt sich um eine transkribierte Version eines mündlichen Beitrags, weshalb keine Referenzen angegeben oder auf weitere Literatur verwiesen wird</li> <li>- Keine Schlussfolgerungen formuliert</li> </ul>

Klabbers et al. (2018) RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisierung mittels Programms</li> <li>- Regressionsanalyse und Varianzanalyse durchgeführt</li> <li>- Behandelnde Person verblindet (externe Person)</li> <li>- Reliabilität: Cronbachschen Alpha, liegt zwischen 0.92-0.95</li> <li>- Studie wurde ethisch genehmigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selektionsbias; da als wichtig gewerteter signifikanter Wert (<math>Z=2.36</math>, <math>p&lt;.01</math>) bei «as-treated» ist (25 der Teilnehmenden haben aus eigenem Willen in die Haptotherapiegruppe gewechselt)</li> <li>- Selektionsbias; Stichprobe leidet unter starker Geburtsangst (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) &gt;84)</li> <li>- Resultate, nur mit Vorbehalt auf andere Gruppen anwendbar</li> <li>- Follow-Up: Ursachen führ Drop-Out und Zusammenhänge mit Resultaten nicht diskutiert, Minderung interner Validität</li> </ul>
Klabbers et al. (2019) RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisierung mittels Programms</li> <li>- Interventions-/Kontrollgruppen wurden ausser den Behandlungen identisch behandelt</li> <li>- Intention-to-treat-analysis und as-treated-analysis durchgeführt (bei Wechsel der Probandinnen innerhalb der Gruppen)</li> <li>- Wechsel der Probandinnen wird als Schwäche, jedoch auch als hohe ökologische Validität bewertet</li> <li>- Reliabilität: Cronbachschen Alpha, liegt zwischen 0.88-0.95</li> <li>- Regressionsanalyse und Varianzanalyse durchgeführt</li> <li>- Studie wurde ethisch genehmigt</li> <li>- Finanzielle Unterstützung dargelegt, Institutionen nicht an Erarbeitung beteiligt</li> <li>- Schwächen und Stärken der Studie werden benannt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poweranalyse nicht erfüllt; Cohen's <math>d \geq 0.5</math> min. 80% power: Bonferroni corrected alpha 0.025: Minimal benötigte Stichprobe: 64 pro Gruppe, erreichte Stichprobengrösse: 51, 39, 44</li> <li>- Wechsel der Probandinnen in andere Gruppen</li> <li>- Störvariable: Hebammen mit Fokus auf Geburtsangst, in normaler SS-Begleitung könnten Resultate verzerrt haben</li> <li>- Schlussfolgerungen einzelner sekundärer Outcomes nicht nachvollziehbar aus statistischen Werten abgeleitet</li> <li>- Selektionsbias: Stichprobe leidet unter starker Geburtsangst (W-DEQ &gt;84). Resultate, nur mit Vorbehalt auf andere Gruppen anwendbar</li> </ul>
Revardel (2007) Buch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revardel, J.-L. wird genannt, kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Verweise auf andere unterschiedliche Autor*innen ersichtlich</li> <li>- Argumente logisch aufgebaut, der Text ist verständlich und nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Text und die Statements werden nicht kritisch diskutiert</li> <li>- Inkongruenzen werden nicht thematisiert</li> </ul>
Ricard-Guerroudi (2006) Zeitschriftenartikel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die geäußerten Meinungen und Aussagen der Fachpersonen sind nachvollziehbar, Bericht von Erfahrungen werden verwendet</li> <li>- Kritik an Befürworter der Haptonomie thematisiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontext der Datenerfassung (Aussagen Fachpersonen) nicht nachvollziehbar</li> <li>- Statistische Angaben von Fachpersonen nicht belegt, keine Angabe zu deren Datenerhebung</li> <li>- Keine repräsentative Angabe unterschiedlicher Meinungen, lediglich eine weiterführende Quelle angegeben</li> </ul>
Vinit (2009) Psychoanalytische Reflexion mit drei Fallbeispielen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vinit, F. wird genannt und kann im Fachgebiet verordnet werden</li> <li>- Interessen der Population stehen im Vordergrund</li> <li>- Verschiedene Verweise auf Autor*innen gemacht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkongruenzen werden nicht thematisiert</li> </ul>

### 4.3 Datenanalyse und Darstellung

Folgend sind die Ergebnisse der thematischen Datenanalyse, nach der Methode von Braun und Clarke (2006), aufgeführt. Die Ergebnisse sind nach den zwei untersuchten Methoden, der BA und der Haptonomie aufgeteilt. Bei den jeweiligen Methoden wurde weiter in die induktiv erstellten Themen unterteilt, um die Ergebnisse zu den Methoden pränataler Bindungsförderung und ihrer Wirkung auf Mutter und Kind in seiner Vielfältigkeit aufzuführen. Die Darstellung der Daten wurde bewusst mit der Intention gewählt, einen systemischen Ansatz aufzuzeigen. Dies bedeutet, jeder Punkt steht mit den Andern in Wechselwirkung und ist nicht als unabhängig zu betrachten. Innerhalb der nachfolgenden Texte zu der BA und Haptonomie werden Abschnitte zu den Unterthemen jeweils mit den dazugehörigen Blasen gekennzeichnet. Die erarbeiteten Themen und Unterthemen sind in Abbildung 2 und Abbildung 3 ersichtlich.

Abbildung 2: Datenanalyse Bindungsanalyse

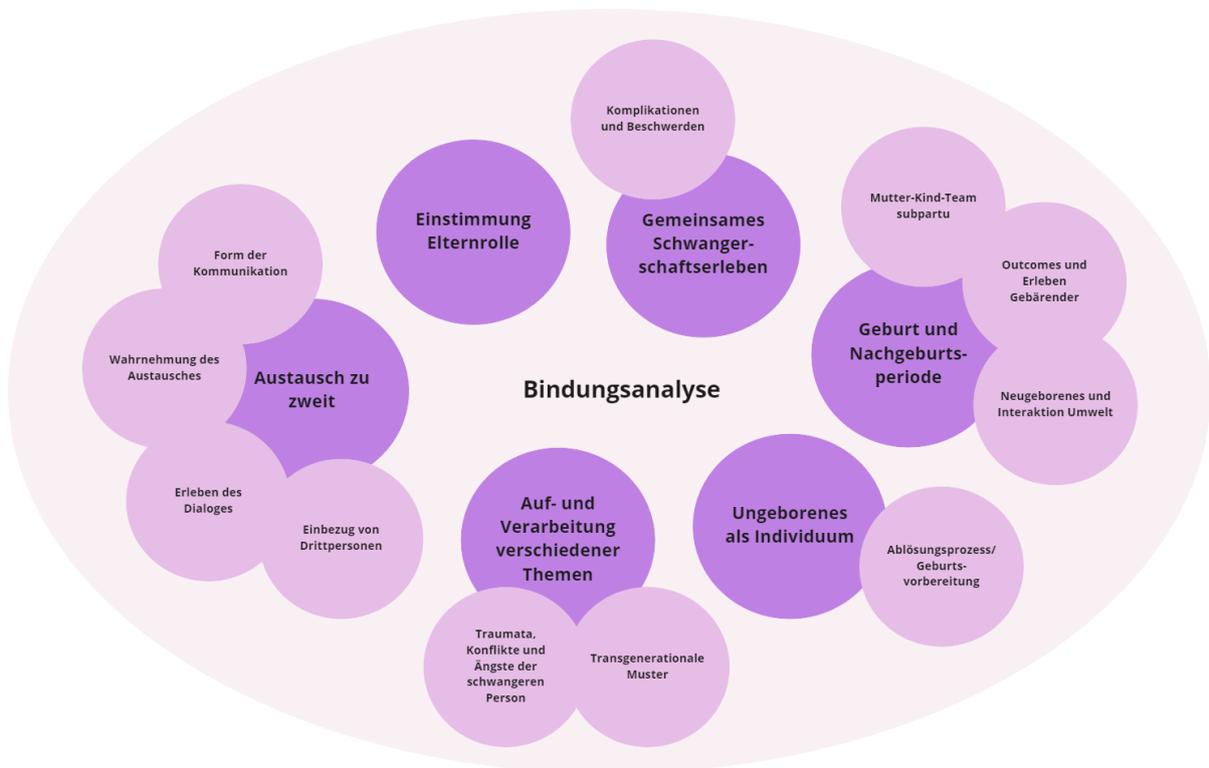
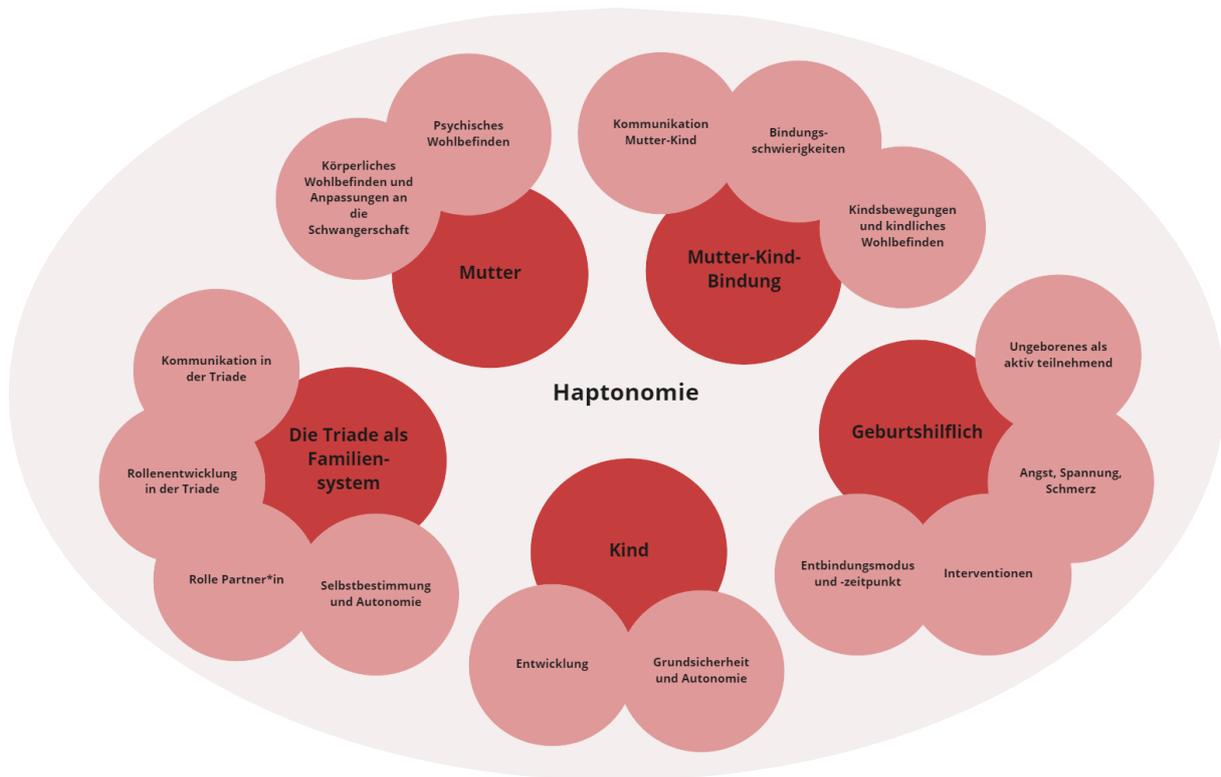


Abbildung 3: Datenanalyse Haptonomie



#### 4.3.1 BA: Austausch zu zweit

Abbildung 4: BA Austausch zu zweit



Die BA stellt einen geschützten Rahmen dar, in dem Mutter und Kind ihre Beziehung zueinander erweitern und vertiefen können. Dadurch entsteht gegenseitige Akzeptanz und Verständnis (Blazy, 2012b). Eine Harmonisierung und Einstimmung zwischen Mutter und Kind findet statt, wobei das Ungeborene sowohl emotional als auch kognitiv (Hidas et al., 2021; B. Schmid, 2015) in seiner Entwicklung gefördert werden kann (Ensel, 2010). Das Gefühl in diesem Raum

wird von einer Schwangeren und ihrem Kind beschrieben als «...tiefe, ruhige Entspannung sowohl bei mir als auch bei ihr...» (Hidas et al., 2021, S. 214).

Abbildung 5



B. Schmid (2015, S. 49) beschreibt: «Beim Mutter-Kind-Kontakt in der Bindungsanalyse sprechen die Mütter mit ihren Kindern und nicht über ihre Kinder» (B. Schmid, 2015, S. 49). Die Mitteilungen finden dabei fast ausschliesslich nonverbal und im Inneren der schwangeren Person und des Ungeborenen statt (Ensel, 2010; Raffai, 2012). Sie beruhen auf dem gegenseitigen Austausch von Gefühlen, Befindlichkeiten und Ereignissen (Hidas et al., 2021; B. Schmid, 2015). Damit ein emotionaler Kontakt zwischen Schwangeren und Ungeborenen entstehen kann wird in der BA die physische Ebene, das Berühren oder Streicheln der Bauchdecke, als nicht essenzieller Teil angesehen (Blazy, 2012b; Hidas et al., 2021). Der gegenseitige Austausch kann in Form von Gedanken, Bildern, Gefühlen und Fantasien stattfinden (Ensel, 2010), wobei die Initiative zum Austausch von beiden Individuen erfolgen kann (Hidas et al., 2021). Es zeigt sich, dass die Kommunikation übergeordnet über folgende drei Kanäle stattfinden kann: Bildhafter Kontakt, innerer Dialog und Körperempfindungen (Hidas et al., 2021; Raffai, 2012; Schroth, 2014). Die Art und Weise der Mitteilungen kann sich während der SS und der BA verändern und entwickeln (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016; Hidas et al., 2021; Karrasch, 2019). Eine schwangere Person erzählte, dass zu Beginn der BA der Austausch sehr unterschiedlich stattgefunden hatte und sich erst spät die Visualisierung als Haupt-Kommunikationsweg festigte (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016).

Abbildung 6



Schwangere Personen empfinden den Kontakt zu ihrem Ungeborenen sehr unterschiedlich. Beschreibungen reichen von unbeschreiblich, bis hin zu wenig spektakulär (Hidas et al., 2021). Schwangere beschreiben den Kontakt in jedem Fall als tiefe und einzigartige Verbindung (Hidas et al., 2021):

Und ich habe ihn aber nicht berührt, also das war mehr so ein gemeinsam wiegen, aber sich nicht berühren. Und ich glaube, beim ersten Mal haben wir auch gar nicht viel gesprochen. Das war halt wirklich mehr einfach so eine Begegnung, also mich hat das auch total berührt und wirklich überwältigt. Weil, dieses wunderschöne Kind so zu sehen, also ich hätte das nicht gedacht, dass das so funktioniert.... (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016, S. 45)

Einige der Schwangeren äusserten auch Unsicherheit bezüglich der Echtheit des Austausches. Durch die Regelmässigkeit der BA-Sitzungen werden Schwangere jedoch immer sicherer in der Wahrnehmung von Bildern und Signalen (B. Schmid, 2015). Folgende schwangere Person äusserte sich zur Wahrhaftigkeit des Austausches wie folgt: «Ich sah kein greifbares, intrauterines Kind,..., es war vielmehr ein verschwommenes Bild....Trotzdem ist das,

was man sieht, vollkommen existent und keineswegs eine Glaubensfrage» (Hidas et al., 2021, S. 212)

Abbildung 7



Durch den intensiven Kontakt wird es der schwangeren Person möglich Gefühle, Bedürfnisse und Entwicklung des Ungeborenen zu erkennen (Schroth, 2014), wodurch eine tiefere Bindung ermöglicht wird (Ensel, 2010; B. Schmid, 2015).

Indem die Frau mit ihrer Aufmerksamkeit und ihren Spürsinnen in ihren gebärmütterlichen Raum geht und Kontakt mit ihrem ungeborenen Kind aufnimmt, erfährt sie etwas über ihr Kind durch ihre Empfindungen. Sie wird zum Spiegel für die seelische Empfindung des Kindes. Dies ist die Sprache des Kindes. (B. Schmid, 2015, S. 56)

Das gemeinsame Erleben von Gefühlen zeigt folgendes Beispiel «...ich war traurig, und ich schrieb, dass wir gemeinsam traurig waren. Wir unterhielten uns nicht – sie übernahm meine Traurigkeit....dieses Miteinander war ein sehr schönes Gefühl» (Hidas et al., 2021, S. 184),

Der intensive Kontakt fördert auch Körperwahrnehmungen, exemplarisch beschreiben schwangere Personen mehrfach, bereits früh, zwischen der 13.-15. SSW, Kindsbewegungen verspürt zu haben (Hidas et al., 2021). Während der Kontaktaufnahme empfinden Schwangere zudem oftmals körperliche Veränderungen, wie beispielsweise Wärmeempfindungen (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016; Hidas et al., 2021): «Eine Menge an Gefühlen...Wärme durchströmte mich, ein angenehmes, sehr gutes Gefühl, es war einfach unglaublich» (Hidas et al., 2021, S. 138).

Abbildung 8



Ob Partner\*innen während der BA anwesend sind, wird den Schwangeren überlassen. Schwangere äussern, dass sie den ungestörten Raum zu zweit mit dem Ungeborenen sehr schätzen (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016).

Der/die Partner\*in kann jedoch als *sozialer Uterus* auch als Ressource dienen im Beziehungsaufbau zwischen der schwangeren Person und dem Ungeborenen. Es zeigt sich, dass der/die Partner\*in vom Ungeborenen ähnlich intensiv wahrgenommen wird, wie die Mutter (Schroth, 2014). Die Fallstudie von Schroth (2010) zeigt, dass die begleitende Person ein wichtiger Faktor für die Herstellung des aktiven Kontaktes mit dem Ungeborenen darstellen kann. Der Dialog ist auch zwischen drei Individuen möglich (B. Schmid, 2015). Ist der/die Partner\*in während der BA anwesend, kann dies sub partu kommunikativ unterstützend wirken um in Kontakt mit dem Ungeborenen zu treten (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016).

Die Person, welche die BA durchführt, kann zusätzlich unterstützend in der Kontaktaufnahme wirken. Es wird geschätzt, wenn diese Person einen sicheren und vertrauten Rückzugsort auf

psychischer Ebene schaffen kann. Wichtig dazu sind auch die Räumlichkeiten, in denen die BA durchgeführt wird (Bucheber-Ferstl & Geserick, 2016).

#### 4.3.2 BA: Auf- und Verarbeitung verschiedener Themen

Abbildung 9: BA Auf- und Verarbeitung verschiedener Themen



Obwohl die BA keine Psychotherapie ist, treten Konflikte oder Themen im Leben der Schwangeren oftmals während den Sitzungen auf (Schroth, 2014). Die psychische Entwicklung der schwangeren Person schafft ein Raum, in welchem sich das Ungeborene psychisch entwickeln kann (Raffai, 2012). Werden traumatische Erfahrungen nicht verarbeitet, werden diese an das Ungeborene weitergegeben. Ein Zusammenhang zwischen der Verarbeitung von Themen und der Reduzierung von Früh- und Fehlgeburtenrate wird vermutet (Karrasch, 2019).

Gelingt die Kommunikation zwischen Schwangeren und Ungeborenen nicht, beschreibt eine Beraterin in Bucheber-Ferstl und Geserick (2016) das Erkennen und Aufarbeiten eines Konfliktes als essenziell. Erst danach, kann sich die schwangere Person öffnen und mit dem Ungeborenen in Kontakt treten (B. Schmid, 2015). Folgend gibt das Ungeborene diese Problematik der schwangeren Person zu verstehen: «Sie erhält das Bild, dass er sich im physischen wie übertragenen Sinne «querlegt» und ihr aufträgt, erst einmal ihre eigenen Probleme zu bearbeiten, bevor er eine weitere Bindung zu ihr eingehen kann» (Bucheber-Ferstl & Geserick, 2016, S. 47). Das Ungeborene lässt der schwangeren Person dabei auch die Zeit für die Verarbeitungen und nimmt sich währenddessen aktiv zurück (Hidas et al., 2021).

Abbildung 10



Auftretende Themen in der BA beziehen sich oft auf Fehlgeburten, Abtreibungen, Verluste von nahen Personen (Ensel, 2010), Ängsten, (B. Schmid, 2015) sowie auf vorangegangene Geburtserfahrungen (Schroth, 2014) und wie Beispiele in Bucheber-Ferstl und Geserick (2016) zeigen, auch partnerschaftliche Konflikte. Eine schwangere Person erzählt vom Verlust ihres ersten Kindes:

«Während der Bindungsanalyse zu merken, wieviel Trauer vom ersten Kind noch da war und so viele Tränen geflossen sind» (B. Schmid, 2015, S. 41).

Die BA wirkt bei der Auf- und Verarbeitung unterstützend (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016; Karrasch, 2019). Potenzielle Schuldgefühle können abgebaut und Selbstvertrauen in sich und den eigenen Körper erlangt werden (Wahl, 2012).

Bei peripartalen Depressionen und gleichzeitiger Durchführung der BA mussten keine Antidepressiva eingenommen werden oder die Einnahme konnte innerhalb von vier Wochen eingestellt werden. Dies bringt Schroth (2017) mit der Thematisierung von Konflikten und Traumata in Verbindung. Er beschreibt die BA als Methode für Behandlung peripartaler Depressionen (Schroth, 2017). Zu erwähnen ist, dass die Fehlgeburtenrate bei Einnahme von Antidepressiva bei 12.3% liegt, im Vergleich zu der BA liegt die Rate bei 0.16% (Schroth, 2017).

Abbildung 11



Durch die BA werden Geschehnisse, welche Personen generationsübergreifend beeinflussen, reaktiviert und aufgearbeitet (Schroth, 2010). Dazu gehören intrauterine Erlebnisse und Gefühle der schwangere Person selbst sowie Vorkommnisse vor, während und nach der eigenen Geburt (Hidas et al., 2021). Die Auflistung aller transgenerationaler Einflussfaktoren soll Entlastung für die schwangere Person bringen (Schroth, 2017). Folgendes Beispiel soll die Reaktivierung intrauteriner Erinnerungen repräsentieren: «Ildiko bricht in ein dramatisches Schreien aus, und es kommen die negativen Fantasien ihrer Mutter ihr gegenüber zum Vorschein. Ildiko war unerwünscht, ihre Mutter wollte sie abortieren, weil sie befürchtete, dass Ildiko ihre Beziehung zu ihrem Mann ruinierte» (Raffai, 2012, S. 48). Durch das Erkennen dieses intrauterinen Traumata, konnte die eigene Angst des Mutterwerdens erkannt und das Verhältnis zum Ungeborenen verändert werden (Raffai, 2012). Solche Gefühle aus der intrauterinen Zeit stehen oft im Zusammenhang mit der eigenen Mutter und festigen sich als sogenannten Mutterrepräsentant (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016). Intrauterine Erlebnisse müssen jedoch nicht in jedem Fall als traumatisch erlebt werden. Eine schwangere Person erzählt, in ihrer Reaktivierung intrauteriner Erlebnisse, vor allem sich selbst und die uterine Umgebung wahrgenommen zu haben (Hidas et al., 2021).

Durch die Verarbeitung der eigenen Geburtserfahrung als Ungeborenes sollen Geburten einfacher werden und einen anderen Geburtsverlauf nehmen wenn man selber Eltern wird (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016; Ensel, 2010; Raffai, 2012). In Fallbeispielen von Bucheberner-Ferstl und Geserick (2016) konnte transgenerational bedingt verfrühter Pressdrang, regelwidrige Geburtssituationen und erschwerte emotionale Trennung vom Kind erkannt und aufgearbeitet werden. Erklärungen an das Ungeborene können solche transgenerationalen Muster möglicherweise aufbrechen: «Meine Mutter ist die, die in dieser Zeit zur Welt gekommen ist. Nicht ich. Ich möchte auch nicht, dass du so früh geboren wirst. Du musst nicht das tun, was meine Mutter getan hat» (Raffai, 2012, S. 49). Nach dieser Erklärung der schwangeren Person an das Ungeborene, liessen die Frühgeburtsbestrebungen nach (Raffai, 2012).

### 4.3.3 BA: Einstimmung Elternrolle

Abbildung 12: BA *Einstimmung Elternrolle*



Die BA unterstützt Mütter sowie Partner\*innen, beim Eltern werden (Blazy, 2012b). Der intensive Reifungsprozess während der BA unterstützt sich sicher und kompetent in der neuen Rolle zu fühlen (Hidas et al., 2021; Karrasch, 2019; Wahl, 2012). Die schwangere Person wächst aus ihrer Kinderrolle heraus und übernimmt die Rolle als Elternteil reifer selbstsicherer (Ensel, 2010) und feinfühlig (Gudden, 2012). Zudem wird die innere Wahrnehmung sowie die Einstimmung auf den schwangeren Körper und das Ungeborene gefördert (Schroth, 2014). Alle von B. Schmid (2015) interviewten Schwangeren äussern, dass die BA ein Zugang zu den eigenen Ressourcen ermöglicht hat und dadurch ihr Selbstvertrauen gestärkt hat (B. Schmid, 2015).

### 4.3.4 BA: Ungeborenes als Individuum

Abbildung 13: BA *Ungeborenes als Individuum*



Schwangere erkennen im Austausch das Ungeborene als autonomes Individuum an (Blazy, 2012b; Gudden, 2012). Die Entfaltung der Persönlichkeit des Ungeborenen wird dadurch pränatal gefördert (Hidas et al., 2021; Schroth, 2014). Es wird als gleichrangig zu seinen Eltern betrachtet und stellt kein rein reflexartiges Wesen dar. Durch die Reaktion der schwangeren Person auf den Austausch und die Signale des Ungeborenen entsteht beim Kind ein stärkerer Selbstwert und klareres Selbstbild (Hidas et al., 2021; B. Schmid, 2015; Schroth, 2014).

Die Differenzierung der beiden Individuen während der SS beschreibt Raffai (2012) und Hidas et al. (2021) als essenziell für die Prävention psychischer Erkrankungen. Diese Differenzierung kann durch das Spiegelspiel gefördert werden, wobei sich die schwangere Person und das Ungeborene gegenseitig durch innere Bilder ihre Körperteile zeigen. Dies bewirkt die Stabilisierung der Körpergrenzen, sowie eine bewusste Wahrnehmung und Steuerung des Körpers.

Dies kann beim Einnehmen einer geeigneten Geburtsposition helfen. Exemplarisch haben sich neun von zehn Babys nach dem Spiegelspiel aus einer Beckenendlage (BEL) in eine Kopflage gedreht (Raffai, 2012). Eine schwangere Person erzählt, dass ihr Ungeborenes sich auf Anleitung in eine Schädellage gedreht hat. Ob diese Drehung mit der BA in Zusammenhang steht, stellt die Person jedoch in Frage (Bucheber-Ferstl & Geserick, 2016).

Ein Beispiel von Hidas et al. (2021) widerspiegelt die Folgen einer nicht stattgefundenen Differenzierung der Körpergrenzen. Ein Ungeborenes wird gefragt, wieso es sich in einer BEL befindet: Dieses antwortet, dass es sich in einer BEL befindet, um nahe am Herzen der schwangeren Person zu sein. Bei einer Entfernung dessen, fühle es sich hilflos und habe Angst sich selbst zu verlieren, es verspüre Todesangst (Hidas et al., 2021).

Abbildung 14



Durch den Ablösungsprozess und die Geburtsvorbereitung während den letzten BA-Sitzungen können Schwangere sich leichter auf den Geburtsprozess und das Leben postpartal einlassen (Bucheber-Ferstl & Geserick, 2016), geburtstraumatische Erfahrungen werden vermindert (Schroth, 2014). Durch das Besprechen der erlebten SS, der kommenden Geburt und des extrauterinen Lebens kommt die Schwangere mit eigenen Erwartungen, Ängsten und Unsicherheiten in Kontakt. Ressourcen der schwangeren Person können aufgedeckt und dadurch die Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Zudem wird das Ungeborene auf sein Geborenwerden vorbereitet. Die Zusammenarbeit der Individuen im Geburtsprozess wird gefördert (B. Schmid, 2015). Ablösungs- und Trennungsschwierigkeiten können zwischen den Individuen thematisiert werden (Hidas et al., 2021). Folgend erklärt eine interviewte Person die Wichtigkeit des Ablösungsprozesses:

Ja, dieses Den-Körper-Kennenlernen und die Vorbereitung auf die Geburt. Was ich auch sehr prägend fand, war auch dieses Loslassen, dieses in gewisser Weise ein Stück Abnabeln, dass sie bereit sind für die Geburt und sich als eigene Person wahrnehmen. Dieses in gewisser Weise Abschiednehmen von der Form, die wir in der SS hatten. Ähm ich glaube, das ist für die Kinder wichtig, aber auch für einen selbst als Mutter. Ja, diese „frei geben“ für die Geburt. (B. Schmid, 2015, S. 44)

#### 4.3.5 BA: Gemeinsames Schwangerschaftserleben

Abbildung 15: BA Gemeinsames Schwangerschaftserleben



Die BA ermöglicht die Anpassung von Schwangeren an den neuen Zustand und dadurch wird ein physiologischer Beginn des Kontinuums gefördert (B. Schmid, 2015). Eine problemlose und symptomfreie SS wird möglich (Ensel, 2010). Eine schwangere Person äusserte, aufgrund der BA, ihre SS bewusster zu erleben und zu reflektieren. Die Beschäftigung mit sich selbst in der neuen Rollenfindung empfindet die Person als essenziell in einer konsumorientierten Welt (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016).

Das gemeinsame Erleben der SS und die starke Verbundenheit beeinflusst auch das Alltagsverhalten, wie folgendes Beispiel zeigt. Eine schwangere Person erzählt von der plötzlichen Änderung in der SS, keine grossen Menschenmengen mehr zu vertragen. Die Vermeidung derer, konnte die Mutter auf das Unwohlsein des Ungeborenen in grossen Menschenmengen zurückführen (Hidas et al., 2021).

Schwangere können die Ungeborenen auf verschiedene Begebenheiten in der SS vorbereiten, beispielsweise eine Amniozentese (Ensel, 2010). Ein Fallbeispiel von Hidas et al. (2021) zeigt die Wichtigkeit mentaler Arbeit mit dem Ungeborenen während der SS auf. Bei einer Untersuchung steigt die Herzfrequenz des Ungeborenen plötzlich rasch an. Daraufhin bittet die schwangere Person das Ungeborene seine Herzfrequenz zu senken, da die Herzfrequenz sonst nicht als physiologisch eingestuft werden könne. Daraufhin sank die Herzfrequenz in den Normalbereich (Hidas et al., 2021).

Abbildung 16



Die BA ermöglicht eine bewusste Beeinflussung der Psychosomatik innerhalb der SS. Damit ist beispielsweise die Vorbeugung von Frühgeburten durch die Kontrolle von frühzeitigen Kontraktionen und Blutungen oder die Linderung von Plazentafunktionsstörungen gemeint (Hidas et al., 2021; Raffai, 2012). In Fallbeispielen ersichtlich, konnte beispielsweise mittels der inneren Hand die Plazenta massiert werden und so eine tiefsitzende Plazenta angeregt werden weiter nach oben zu wandern (Wahl, 2012) oder die Plazentadurchblutung konnte gefördert werden (Hidas

et al., 2021). Weiter konnten Übelkeit und Erbrechen, bedingt durch Trauer und partnerschaftliche Konflikte, mittels BA gelindert werden (B. Schmid, 2015; Volz-Boers, 2012).

Der intensive Kontakt ermöglicht frühes Erkennen von Krankheitszeichen (Schroth, 2014). Eine schwangere Person erzählte von den Erfahrungen während der BA und ist überzeugt, dass ihr Kind, ohne BA, zu früh zur Welt gekommen wäre. Die schwangere Person selbst erlebte die SS physisch und psychisch nicht gut. «Also wenn es dir so schlecht geht, dann komme ich früher, dann geht es dir wieder gut» (B. Schmid, 2015, S. 42), erzählt das Ungeborene. Durch den gegenseitigen Austausch kann die schwangere Person dem Ungeborenen erklären, dass es noch einige Wochen nicht auf die Welt kommen soll (B. Schmid, 2015).

Die BA und ihre Ressourcen haben auch Grenzen, wie folgendes Fallbeispiel von Hidas et al. (2021) zeigt. Durch eine mentale Massage konnte ein Hämatom reduziert werden und ein früher, vorzeitiger Blasensprung wieder verschlossen werden. Das Ungeborene verstarb jedoch, da das Fruchtwassers nicht ersetzt werden konnte.

#### 4.3.6 BA: Geburt und Nachgeburtsperiode

Abbildung 17: BA Geburt und Nachgeburtsperiode



Abbildung 18



Der Dialog zwischen Mutter und Kind kann auch sub partu hilfreich sein (B. Schmid, 2015). Eine Mutter äussert postpartal: «Sie war genauso dabei wie ich und hat mir genauso geholfen wie ich ihr. Wenn sie nicht mitgeholfen hätte, würde ich jetzt noch dort liegen» (Hidas et al., 2021, S. 131). Eine andere Mutter beschreibt die Zusammenarbeit im Geburtsprozess durch zuvor ge-

lernte Bewegungsmuster:

Ich übermittelte ihr dann, was sie zu tun hätte, ich teilte es ihr in Form von Bildern mit, kein Gerede. Sie drehte sich hinein, stand in der richtigen Richtung, bewegte sich in den Geburtskanal, und es gelang ihr, so weit vorwärtszukommen, dass sie von den grossen Presswehen herausgepresst wurde. (Hidas et al., 2021, S. 236)

Den Kontakt zum Ungeborenen zu halten, kann aber durch den Schmerz unter der Geburt erschwert werden, äussert eine Mutter (Schroth, 2010). Entscheidungsprozesse sub partu, beispielsweise für eine Periduralanästhesie, werden im Dialog zwischen der gebärenden Person und dem Ungeborenen zusammen getroffen (B. Schmid, 2015).

Abbildung 19



Laut Schroth (2014) sinkt die Sectiorate unter 10%. Frühgeburten und geburtstraumatische Erfahrungen für Gebärende sowie Neugeborene können fast komplett verhindert werden. Bei den Neugeborenen zeigen sich meist runde Schädelformen oder eine rasche Rückbildung von Verformungen postnatal (Schroth, 2014). Geburten nach einer BA sind kürzer, natürlicher und weniger geburtshilfliche Eingriffe sind notwendig. Bezüglich der Geburt empfinden Schwangere mehr persönliche Stärke, mehr Selbstbewusstsein und weniger Geburtsangst (Gudden, 2012; Schroth, 2010, 2014).

Folgend, wird aufgezeigt, dass die BA jedoch keine interventionslosen und physiologischen Geburten garantiert, jedoch besser vorbereitet (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016). Eine Mutter vergleicht ihre erste und zweite SS ohne BA mit der dritten SS, in welcher sie durch eine BA-Fachperson begleitet wurde: «Und beim dritten Mal, das war die kürzeste Geburt...wieder Saugglocke, wieder PDA, wieder Blasensprung. Also alle drei Geburten haben gleich angefangen, nur diesmal war ich einfach viel besser vorbereitet» (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2016, S. 63).

Abbildung 20



Bereits vor der Geburt werden durch die BA familiäre Nähe und Vertrautheit gepflegt. Die Ankunft auf der Welt und die Familienintegration des Neugeborenen wird dadurch erleichtert (Karrasch, 2019; B. Schmid, 2015; Schroth, 2014). Postnatal ist eine verständnisvolle, intuitive Verständigung möglich (Schroth, 2014). Die Neugeborenen werden als, neugierig, interessiert, emotional und kognitiv weiter entwickelt beschrieben (Ensel, 2010; Karrasch, 2019; Schroth, 2014). Eltern beschreiben in den Neugeborenen bereits eine Persönlichkeit zu erkennen (Hidas et al., 2021).

Folgendes Zitat soll die Vertrautheit zu den Neugeborenen ausführen: «Also so ein Kennenlernen und ein Beschnuppern, also ich mein natürlich man hat es jetzt nochmal gesehen und es war zum Greifen, aber ich hatte jetzt nicht so das Gefühl das ich meine Kinder jetzt erst mal kennenlernen muss» (B. Schmid, 2015, S. 53–54). Trotz des intuitiven Kontaktes postpartal äussern Elternteile, dass das Eltern-Sein trotzdem gelernt werden muss (Hidas et al., 2021)

### 4.3.7 Haptonomie: Die Triade als Familiensystem

Abbildung 21: Haptonomie *Die Triade als Familiensystem*



Abbildung 22



Die Haptonomie fördert die Kommunikation zwischen Eltern und Kind und es wird versucht den Eltern sensorische und affektive Erfahrungen zu ermöglichen (Vinit, 2009). Ricard-Guerroudi (2006) betont, dass es nicht darum geht, das Baby zu stimulieren oder trainieren, dass es von der rechten zu linken Seite der Gebärmutter geht, sondern darum, ihm Präsenz zu zeigen. Paare nahmen die Haptonomie wahr als «un moyen de se rapprocher et de vivre l'évènement ensemble» (Adam, 2012, S. 41).

Eltern werden sich bewusst, dass das Ungeborene ein Lebewesen ist und allmählich zu einem Kind heranwächst. Es entsteht der Wunsch, sich mehr mit dem Kind auszutauschen, was die Eltern auch regelmässig zuhause durch haptonomische Spiel- und Affektivitätskontakte tun (Adam, 2012). Die Eltern lernen die Vorlieben des Ungeborenen kennen. Ebenfalls, dass die Dauer des aktiven haptonomischen Spiels durch das Baby begrenzt wird (Dolto-Tolitch, 2004) und dass es wichtig ist, es in seinen Rhythmen und in seiner Verfügbarkeit zu respektieren (Vinit, 2009). Mutter wie auch der/die Partner\*in lernen, wie sie ihre Kommunikationsfähigkeiten einbringen können, um mit dem Ungeborenen zärtlich und liebevoll in den thymotaktill-affektiv-Bestätigenden Kontakt zu gehen (Décant-Paoli, 2018b). Durch seine Reaktionen bzw. Antworten zeigt das Ungeborene, dass es sich erinnert und die Stimmen der Eltern sowie ihre Einladungen wiedererkennt (Adam, 2012; Décant-Paoli, 2018b).

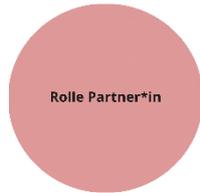
Décant-Paoli (2018b), Adam (2012) und Ricard-Guerroudi (2006) beschreiben, dass starke Emotionen durch den Austausch erlebt werden, dass das Kind Einladungen annimmt und dem Paar entgegenkommt, um ihnen zu begegnen. Es wird beschrieben, dass diese Gefühle Verbindungen sowie magische, unvergessliche Momente schaffen. In den Interviews von Adam (2012) beschreiben alle Paare kurz nach der Geburt intime Momente zu dritt und waren der Meinung, dass die Haptonomie geholfen hatte, diese einzigartigen Momente zu erleben.

Abbildung 23



Ein Kind bestätigt seine Eltern, indem es ihnen antwortet und sie seinerseits zum haptonomischen Spiel einlädt, sodass sie sich gegenseitig bestätigen. Diese Dynamik und Zirkulation der affektiven Bestätigungen des Einen durch den Anderen ist von entscheidender Bedeutung (Dolto, 2004). Durch den Austausch in der SS entwickeln sich schon früh affektive Beziehungen in der Triade und deren Reifung wird durch die Haptonomie gefördert (Revardel, 2007; Ricard-Guerroudi, 2006). Wenn das Ungeborene bereits intrauterin seinen Platz in der Triade einnehmen kann, können die Eltern es ihm gleichtun, was allen hilft ihren Platz in der Familie zu finden (Dolto-Tolitch, 2004). Djalali (2004) und Ricard-Guerroudi (2006) beschreiben eine frühe Entwicklung von mütterlichen Gefühlen und die Entwicklung einer selbstverständlicheren und vertrauensvolleren Beziehung durch den haptonomischen Kontakt. Ebenfalls von ihnen beobachtet wurde, dass sich die Bereitschaft liebevolle Verantwortung für sich und das Kind zu übernehmen, bereits früh in der SS entwickelt. Laut Adam (2012) bringen die Eltern dem Kind aufgrund der Haptonomie mehr Respekt entgegen und erwarten, dass es Andere ihnen gleichtun sobald es auf der Welt ist. Auch Revardel (2007) beschreibt eine unterstützende Wirkung in der Entwicklung der Elterngefühle. Ungeborene bewegen sich häufig in Richtung der Stimme des/der Partner\*in, was förderlich für die Entwicklung von elterlichen Gefühlen für die Person ist (Dolto-Tolitch, 2004).

Abbildung 24



Die Partner\*innen werden schon früh in der SS involviert und nehmen ihre Rolle in der Triaden-Beziehung ein. Sie entdecken, dass sie eine wichtige Rolle haben und fühlen sich nicht aus dieser Phase ausgeschlossen oder fehl am Platz. Sie bilden den emotionalen Rückhalt der Mütter in der SS sowie während der Geburt, indem sie sich in der Lage sehen zu unterstützen, begleiten und Verständnis zu zeigen (Décant-Paoli, 2018b). Auch die Mutter erkennt ihrem oder ihrer Partner\*in einen Platz zu, wodurch es möglich wird die Mutter emotional zu unterstützen (Revardel, 2007). Die Partner\*innen sind begleitend eine wertvolle Ressource in der Übergangsphase von SS zum Wochenbett und um den Ablösungsprozess von Mutter und Kind zu unterstützen (Bouychou et al., 2018).

Wenn es der schwangeren Person schlecht geht, ist die Anwesenheit von Partner oder Partnerin oder einer dritten Person wichtig. Das Kind reagiert auf die Nähe dieser Person, was der Mutter hilft, den Kontakt zu ihrem Kind wiederzuerlangen (Dolto, 2004). Durch die Stimme des/der Partner\*in, welche im Gegensatz zur mütterlichen Stimme aus unterschiedlichen Richtungen kommt, lernt das Kind ein Gefühl für Raum kennen (Dolto-Tolitch, 2004). Die Drittperson ist essenziell, dass sich das Ungeborene bereits pränatal als Teil einer Triade, anstelle einer Dyade oder Symbiose erlebt und differenzieren lernt

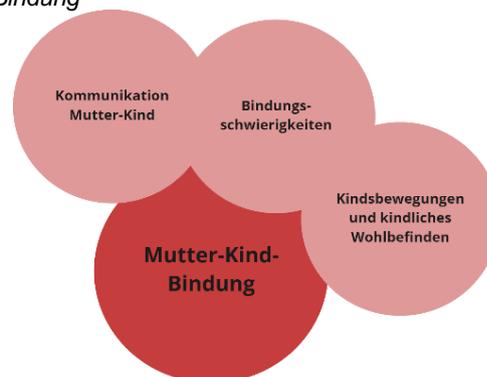
Abbildung 25



Die haptonomische Begleitung unterstützt Paare darin, sich Gedanken und Vorstellungen zu Geburt, Start ins Familienleben und dem Aufwachsen des Kindes zu machen. So können sie Autonomie in ihrer Beziehung, ihrem Alltag, während und nach der Geburt (er)leben und diese Dinge aktiv und gemeinsam gestalten. Ein interviewtes Paar äusserte, dass die Haptonomie sich auf ihre Beziehungen als Paar ausgewirkt hätte. Die Art wie sie über die SS sprachen und sie gemeinsam erlebten, habe sie einander nähergebracht. Dadurch können sie ihre jeweiligen Wünschen besser in Einklang bringen und Entscheidungen gemeinsam umsetzen (Adam, 2012).

Revardel (2007) und Adam (2012) schreiben, dass die Haptonomie nicht alle Probleme lösen kann, jedoch hilft Schwierigkeiten des Lebens anzunehmen. Paare werden auf diesem Weg begleitet, sodass auch erlebtes Leid als zu ihnen gehörend und als Teil ihrer Familiengeschichte erlebt werden kann und die Erinnerungen der Paare als positiv wahrgenommen werden. Laut Klabbers et al. (2018) wird die Geburt als ein normaleres und positiveres Lebensereignis bewertet.

#### 4.3.8 Haptonomie: Mutter-Kind-Bindung

Abbildung 26: Haptonomie *Mutter-Kind-Bindung*

Ein niedriges Mutter-Kind-Attachment kann mittels Haptotherapie, bei Schwangeren mit starker Geburtsangst, signifikant mehr gestärkt werden verglichen mit zwei Kontrollgruppen ( $F(3, 69) = 2.009, p = .121$ ). Bei Schwangeren mit initial stärkerer Mutter-Kind Bindung konnte keine signifikante Zunahme festgestellt werden (Klabbers et al., 2018).

Abbildung 27



Revardel (2007) schreibt, dass während der letzten drei Monate der SS das Kind durch eine Vielfalt von Botschaften mit seiner Mutter kommuniziert. Es reagiert auf Gerüche, Worte, Lieder und Emotionen. Das Kind wird in Interaktionen dazu aufgefordert zu antworten, bis es beginnt auch selbst die Initiative zu ergreifen. Wenn die Begegnungen zwischen Kind und Mutter zu einer gewohnten Zeit sind und ohne Begründung ausfallen, fordert das Ungeborene oftmals das Treffen ausdrucksstark durch Bewegungen ein (Revardel, 2007).

Laut Dolto-Tolitch (2004) findet ein grosser Teil des pränatalen Dialoges über eine Variation subtiler Bewegungen des Ungeborenen und eine Variation sehr subtiler Tonus-Modifikationen des mütterlichen Bauches statt. Die schwangere Person kann das Kind von innen schaukeln, es dazu einladen, sich auf die eine oder andere Seite, in Richtung ihres Herzens oder ihres Beckens zu bewegen (Dolto, 2014). Dies kann bei Amniozentesen nützlich sein, damit es sich während der Punktion ruhig in einem sicheren Teil der Gebärmutter aufhält (Dolto-Tolitch, 2004). Es ist nicht zwingend notwendig, dass die Mutter die Hand an die Stelle der Einladung hält. Durch die Fokussierung auf eine Stelle, erweicht sich der Muskeltonus dort und das Kind weiss häufig bereits wohin die Mutter es einladen will (Dolto, 2018).

Abbildung 28



Laut Vinit (2009) entsteht durch die Haptonomie ein Raum für Ausdruck und Begleitung bestimmter Bindungsproblematiken. Die Haptonomie versucht traumatische Erlebnisse oder unverarbeitete Gefühle zu thematisieren und aufzulösen, damit sie, laut Dolto (2014) nicht transgenerational weitergegeben werden. Wenn Schwangere nicht mit ihrem Kind in Kontakt gehen können, wird durch Hilfe der haptonomischen Fachperson erörtert was Ursachen sind, damit sie die Schwierigkeiten überwinden und ihre Elterngefühle entdecken oder entwickeln können (Dolto, 2004).

Es kann sein, dass Schwangere ambivalente Gefühle haben, sich abwerten oder sich schuldig fühlen, weil sie sich selbst als nicht ideale Mutter sehen. Oder auch in Situationen, in welchen sie betroffen durch Nachricht von einer Behinderung oder Trauerfall sind, versucht oftmals das Ungeborene zu helfen (Dolto, 2014):

It rocks quietly, while she is crying or saying very painful or violent things. Sometimes it goes up to her heart in the deepest moments of despair. That's the child's way of telling her that she is a good enough mother. Even if she considered having an abortion or if she doesn't feel capable of being a mother, the child shows her that here and now she is ITS mother and that it is doing fine. It is obviously a great help for the mother, who is thus surprisingly able to get over very painful hurdles. (Dolto, 2014, S. 134)

Manche Eltern suchen bewusst den Kontakt zu ihrem Kind, wenn der Verdacht auf eine schwere letale Fehlbildung besteht. Die Eltern geben ihm während seines kurzen Lebens im Mutterleib ihre Zuneigung. Dolto (2014) beschreibt dabei einen transgenerationalen Aspekt; Trauer und möglichen Schuldgefühle, die nicht richtig bewältigt werden, belasten mehrere künftige Generationen.

Der affektive Austausch gibt dem Kind postnatal den Mut zum Leben, was sich nach Bindungsschwierigkeiten in der SS, nach stark medikalisierten Geburten oder bei einem Aufenthalt auf der Neonatologie zeigt (Dolto, 2014).

Abbildung 29



Laut Vinit (2009) und Adam (2012) lernen die Mütter zu erspüren und "von innen heraus" zu sehen wo ihr Kind ist (ohne systematisch auf das Abtasten des Körpers zurückzugreifen). Nach Décant-Paoli (2018b) spüren sie durch die Haptonomie Kindsbewegungen viel früher, wobei die Parität ebenfalls Einfluss auf den Zeitpunkt nimmt. In einem Praxisbeispiel von Vinit (2009) wird betont, dass die Kindsbewegungen ausserhalb der Sitzungen als weniger stark empfunden werden. Das erste bewusste Wahrnehmen von Kindsbewegungen in den Sitzungen wird häufig von starken Emotionen begleitet (Vinit, 2009).

Die Mutter und das Kind entwickeln ein Gespür füreinander. Die Mutter und das Kind entwickeln ein gegenseitiges Gespür füreinander. Durch den Repräsentationstonus fühlt ein Ungeborenes den emotionalen Zustand seiner Mutter (Dolto, 2014; Revardel, 2007). So fühlen Eltern auch den Zustand des Babys oder merken, wenn es ihm nicht gut geht: « En dehors de leur côté joyeux, ces jeux des enfants à notre invitation ou à leur initiative sont pour nous des signes précieux de leur état. Un enfant qui va mal ne se balance pas et n'invite pas ses parents » (Dolto, 2004, S. 315).

#### 4.3.9 Haptonomie: Kind

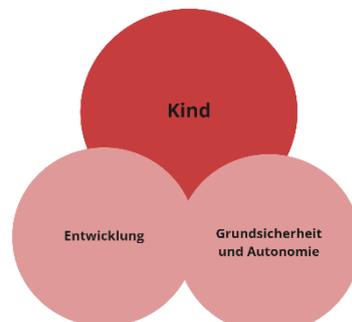
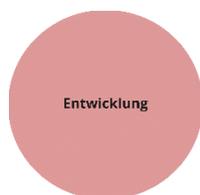
Abbildung 30: Haptonomie *Kind*

Abbildung 31



Die Hebamme Laurence Roussillat äussert, dass die Einladungen und die daraus erfolgenden Bewegungen, es dem Kind ermöglichen, seinen Körper besser wahrzunehmen (Ricard-Guerroudi, 2006). Es beginnt sich auch unabhängig von den haptonomischen Spielen mehr zu bewegen (Dolto-Tolitch, 2004). Haptonomisch begleitete Neugeborene wirken wach, zufrieden und gelassen.

Der eigentümlichste Aspekt ist wie präsent die Kinder wirken und ihre Fähigkeit, postnatal ihren Platz im Leben einzunehmen (Décant-Paoli, 2018b; Dolto, 2004). Sie kommen besser mit Prüfungen des Lebens zurecht, auch wenn diese schon bei ihrer Ankunft auf der Welt auftreten (Dolto, 2004). In nicht physiologisch verlaufenden SS kann das Kind durch die affektive Bestätigung und Sicherheit, sein Potenzial ausschöpfen und sich, unabhängig von der Pathologie, günstig entwickeln und wachsen (Décant-Paoli, 2018b).

Abbildung 32



Djalali (2008) beschreibt, dass dem Ungeborenen durch Haptonomie eine Daseinsbestätigung und -bestärkung, sowie das Gefühl von Akzeptanz vermittelt wird. Die Entwicklung von frühen affektiven Beziehungen helfen dem Kind schon früh Grundsicherheit und -vertrauen zu erwerben. Dies dient als Quelle der Autonomie, welche dem Kind ermöglicht sich sicher als Individuum zu entwickeln und schon früh seine Kommunikationsfähigkeit zu erlangen (Décant-Paoli, 2018b).

Das Kind erlebt die Gebärmutter durch den weicheren Tonus der Mutter, als zärtlicher, einladender und sicherer Ort, in welchem es frei ist sich zu bewegen (2014). Die Bewegungen des Ungeborenen im haptonomischen Austausch sind intentional und nicht durch Reflexe begründet. Die Kinder wissen durch diesen Austausch, dass Andere existieren, und diese auch um ihre Existenz als autonomes Wesen wissen. In dieses Wissen, und in die Basis von Grundsicherheit und -vertrauen, bettet das Neugeborene seine Proto-Identität ein (Dolto, 2018).

Ob ein Fetus oder ein Kleinkind Sicherheit oder Unsicherheit, Vergnügen oder Unvergnügen (Französisch: plaisir ou déplaisir) erlebt, beeinflusst ob sich gewisse Gene ein- oder ausschalten. Das Kind sucht aktiv den Kontakt über die Bauchwand und die Erfahrung ebendieses Kontaktes ist mit dem epigenetischen Hintergrundwissen potenziell sehr bedeutungsvoll (Dolto-Tolitch, 2004). Ist der Kontakt durch Bindungsschwierigkeiten (Ängste, Traumata) belastet, wird versucht diese aufzulösen. So schreibt Dolto (2014) der Haptonomie eine transgenerationale Wirkung zu.

#### 4.3.10 Haptonomie: Mutter

Abbildung 33: Haptonomie *Mutter*

Abbildung 34



Fühlt sich der Mensch emotional nicht sicher, ist der Körper in der Defensive. Der Bauch und die Atmung sind angespannt, die Körperbasis geschlossen, Emotionen rücken in den Hintergrund, was Kommunikation erschwert oder verhindert (Ricard-Guerroudi, 2006). Laut Dolto (2014) aktiviert die Haptonomie, durch den thymotaktil-affektiv-konfirmierenden Kontakt, die subkortikalen Kanäle sowie das gesamte limbische System und hat direkte Auswirkungen auf den Muskeltonus sowie auf die Hormonausschüttung, beispielsweise bei Endorphin und Cortisol. Der

Atem verändert sich und Gelenke werden beweglicher. Durch die Modifikation der Hormonsekretion (Décant-Paoli, 2018b) und Aufarbeitung von Bindungsproblematiken findet eine Reduktion von vorzeitigen Kontraktionen statt (Vinit, 2009). Aufgrund der körperlichen Veränderungen kommt es zu einer Verringerung von schwangerschaftstypischen organischen Beschwerden, wie muskuloskeletaler Beschwerden, Ischialgien oder Varikosen. Schwangere werden durch Haptonomie vertrauter mit den wahrgenommenen und erlebten körperlichen Empfindungen (Klabbers et al., 2018). Durch das veränderte Körperbewusstsein entsteht ein angenehmes Körpergefühl. Dies trägt dazu bei, bis spät in die SS agil und körperlich aktiv (Djalali, 2008) sowie entspannt zu bleiben, auch wenn die schwangere Person emotional oder körperlich Beschwerden oder Schwierigkeiten hat (Dolto, 2014).

Abbildung 35



Nach Ricard-Guerroudi (2006) kann die Haptonomie zur seelischen Gesundheit beitragen; durch die affektive Bestätigung an einen Mitmenschen, kann man ihm darin helfen zu heilen. Dolto-Tolitch (2004) schreibt wie Eltern(teile), welche nie eine Therapie in Betracht gezogen hätten, durch die haptonomischen Erfahrungen mit ihrem Kind wichtige Entwicklungsschritte machen.

Adam (2012) beschreibt wiederholt, dass die Haptonomie den Schwangeren Ängste nahm. Schwangere fanden, dass sie mehr Selbstvertrauen in sich und das Baby hatten. Weiter gewannen sie an Zuversicht für die Geburt, mehr als durch herkömmliche Geburtsvorbereitungen. «...je me suis rendue compte qu'il y a des choses qui arrivent sans qu'on le sache. Avec l'haptonomie je me suis rendue compte qu'il fallait laisser faire, j'ai appris plein de choses et surtout je me suis vraiment détendue» (Adam, 2012, S. 46).

In der Studie von Klabbers et al. (2019) wird die Haptotherapie, verglichen mit Psychoedukation über das Internet und der üblichen Schwangerschaftsvorsorge. Haptonomie hatte eine stärkere positive Wirkung auf das psychische Wohlbefinden (weniger Stress- und depressive Symptome) und führte zu weniger Angst vor der Entbindung. Die As-treated-Analyse zeigt eine signifikante Abnahme der Geburtsangst ( $z=2.36$ ,  $p<.01$ ), während die Intention-to-treat-Analyse lediglich eine nicht signifikante Tendenz aufzeigt ( $f(6,164)=1.616$ ,  $p=.146$ ). Geringere Symptome von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach der Geburt deuten darauf hin, dass die Schwangeren in der Haptotherapiegruppe die Geburt als weniger traumatisch erlebten oder besser in der Lage waren sie zu verarbeiten. Eine gynäkologische Fachperson äußert in einem Interview mit Ricard-Guerroudi (2006), dass sie durch eine haptonomische Haltung vor, während und nach Kaiserschnitten dazu beitragen kann, Traumatisierungen zu vermeiden. Dolto (2004) schreibt abschliessend, dass prä- und postpartale haptonomische Betreuung hilft, Ängste und Depressionen rechtzeitig zu erkennen.

### 4.3.11 Haptonomie: Geburtshilflich

Abbildung 36: Haptonomie *Geburtshilflich*



Abbildung 37



Die haptonomische Geburtshilfe unterstützt das Kind im Prozess seiner Geburt. Es wird auf seinem Weg begleitet, während es selbst aktiv daran teilnimmt (Bouychou et al., 2018; Revardel, 2007).

Die Eltern lernen, wie sie sub partu mit dem Kind Kontakt halten und es auf seinem Geburtsweg begleiten, indem sie es einladen und durch Berührungen beruhigen können. Laut Max Ploquin hat das Kind selbst entschieden, am jeweiligen Tag geboren zu werden. So braucht man es nur unterstützend zu begleiten, damit es den Weg zu gehen kann, den es instinktiv kennt (Ricard-Guerroudi, 2006). Das Kind bewegt sich häufig von selbst in eine passende und für die Geburt vorteilhafte Position, dies unterstützt die Wehentätigkeit und mindert Schmerzen der Gebärenden. Eltern haben gelernt zu erkennen was ihr Kind macht und zu was es fähig ist. Dies hilft, um die Zeit der Geburt zu vereinfachen und die empfundene Geburtsdauer zu verkürzen (Décant-Paoli, 2018b).

Abbildung 38



Wenn man Schmerz als eine pathologische Reaktion sieht, die durch Angst und Anspannung induziert wird, wirkt die Haptonomie psychoprophylaktisch, da durch die psychologische Vorbereitung Angst und Anspannung reduziert werden können. Es wird beschrieben, dass Schmerztoleranz individuell ist, und dass es wichtig ist, dass die Haptonomie keine schmerzfreie Geburt garantiert. «Simplement nous leur permettons d'aller beaucoup plus loin dans ce qu'elles peuvent supporter sans compliquer l'accouchement, ni rendre la tâche plus difficile à l'enfant» (Dolto-Tolitch, 1991 zitiert nach Adam 2012)

Bei haptonomisch begleiteten Geburten beschreibt Djalali (2004) eine erhöhte Schmerztoleranz, welche sich im Verzicht auf Periduralanästhesie bei allen 250 Geburten zeigt. Viele davon berichteten, die Geburt als schwere Arbeit, jedoch nicht als schmerzhaft empfunden zu haben. In der Studie von Adam (2012) nutzten hingegen alle sechs Gebärenden eine PDA

während der Geburt. Zuvor half jedoch die angewendete Haptonomie den Paaren, sich während der Geburt zu entspannen und Rückenschmerzen zu lindern, so waren alle Mütter mit ihrer Schmerzbewältigung sehr zufrieden. Die PDA kann verunsichernd wirken, da es schwieriger ist das Kind zu spüren, den Kontakt zum Kind zu halten, sei aber weiterhin möglich (Adam, 2012).

Abbildung 39



In der Analyse von 250 haptonomischen begleiteten Geburten wurden weder wehenfördernde noch wehenhemmende Medikamente eingesetzt. Es wurden weniger Dammschnitte gemacht und insgesamt haben 47,5% mit Damm intakt geboren, verglichen mit 27% und 25,8% in den beiden Vergleichsgruppen (Djalali, 2004). Max Ploquin berichtet von seiner Praxistätigkeit mit weniger als 3% Kaiserschnitten, PDA und Episiotomien sowie einer sehr niedrigen Rate an Neugeborenenmorbidity und -sterblichkeit im europäischen Vergleich (Ricard-Guerroudi, 2006). Auch Bouychou et al. (2018) schreibt, dass durch den affektiven Kontakt sub partu weniger die Notwendigkeit besteht, chemisch oder instrumentell in den Geburtsprozess einzugreifen.

Adam (2012) schreibt, dass im Falle von medizinischen Intervention, die für die Triade notwendige emotionale Sicherheit erhalten bleibt.

Abbildung 40



In den Interviews von Adam (2012) zeigte sich, dass sich alle Paare eine möglichst natürliche Geburt, mit der Möglichkeit so lange wie möglich Zuhause zu bleiben, wünschten.

Djalali (2004) beschreibt, dass in seiner Stichprobe alle 16 haptonomisch begleiteten Schwangeren mit Status nach Sectio sowie Beckenendlagen-Schwangerschaften (22 der 250 Fälle) vaginal entbunden werden konnten. Dies entspricht 100% vaginal entbundenen (haptonomischen) BEL gegenüber 100% Sectorate im Kreiskrankenhaus und 78,2% in der Perinatalstatistik. Von allen 250 haptonomisch begleiteten Geburten haben 97,7% der Gebärenden vaginal geboren. Wenn doch ein Kaiserschnitt stattfindet, kann laut Revardel (2007) das Kind darauf vorbereitet werden, dass es nicht natürlich zur Welt kommt. Man kann es bitten sich nicht tief ins Becken zu begeben, sondern nahe unter der Bauchdecke zu bleiben, was die Kindsentwicklung für die operierende Person, wie auch das Kind selbst erleichtert (Revardel, 2007).

Die Analyse von Djalali (2004) zeigte, dass mit 76,4% der grösste Teil der Geburten am Termin stattfand. Mit nur 2,4% wurden insgesamt weniger Kinder als Frühgeburten (32-36SSW) geboren, verglichen mit den beiden Vergleichsgruppen. Mit insgesamt 21,2% wurde häufiger über die 41SSW übertragen, jedoch konnten von 53 Schwangeren alle bis auf Eine (Sectio durchgeführt), ohne Einleitung spontan entbunden werden. Im Gegensatz dazu, stellte Klappers et al. (2019) keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen bezüglich medizinischer Interventionen, Gestationsalter oder Geburtsgewicht sub partu fest.

## 5 Diskussion

In dieser Arbeit wurde die Fragestellung bearbeitet, wie die Förderung der pränatalen Beziehung mittels BA und Haptonomie auf Mutter und Kind wirkt. Die gewonnenen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die pränatale Bindungsförderung sehr vielfältig auf die Mutter-Kind-Dyade oder die Eltern-Kind-Triade wirkt. Die Methoden machen einen lebendigen Kontakt mit dem Ungeborenen möglich, welcher laut B. Schmid (2015) durch die derzeitige risikoorientierte Schwangerschaftsvorsorge verhindert würde. Ergebnisse zeigen verschiedene Aspekte bezüglich der Beziehungs- und Rollenentwicklung, dem psychischen Wohlbefinden (Ängste, Traumata) und deuten auf eine mögliche präventive Wirkung in der Geburtshilfe hin.

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (2020) betont die Wichtigkeit der perinatalen und den darauffolgenden Phasen bis in die Adoleszenz für die Prävention gesundheitsschädigender Verhaltensweisen sowie zur Stärkung gesundheitsfördernder oder -schützender Verhaltensweisen. Ebenfalls bezeichnet es die SS als eine Phase, mit nicht ausgeschöpftem Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention (Obsan, 2020). Laut dem Obsan (2020) hat das Gesundheitssystem einen Einfluss auf die Chancengleichheit bezüglich Gesundheit und Wohlbefinden. Geringe Bildung, Armut, fehlende Arbeit oder unsichere Arbeitsbedingungen wie auch Migrationserfahrungen gelten als Gesundheitsrisiken.

Belastende Erfahrungen und Stress während der SS, beispielsweise durch eine ungeplante SS oder eine unsichere Paarbeziehung (Salisbury et al., 2003), haben langfristige Auswirkungen auf das künftige psychische Wohlbefinden von Mutter und Kind. Jüngste Studien deuten darauf hin, dass dies vermutlich über veränderte epigenetische Regulation stattfindet (Babenko et al., 2015). Auswirkungen auf die epigenetischen Prozesse und transgenerationale Vererbungen werden bei beiden Methoden beschrieben (Dolto, 2014; Raffai, 2012). Stein et al. (2014) setzten in einem Literaturreview perinatale psychische Erkrankungen Schwangerer in Verbindung mit Frühgeburtlichkeit, Bindungsschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen sowie psychischen Probleme im Kindes- und Erwachsenenalter. Während der Sichtung der Daten, zeigten sich neben positiven Auswirkungen der bindungsfördernden Methoden auf das psychische Wohlbefinden in der SS, auch ein Zusammenhang mit dem selbigen postpartal (Raffai, 2012; Vinit, 2009). Laut Dolto (2004) und Schroth (2014, 2017) können die Methoden prophylaktisch für peripartale Depressionen wirken. Schweizweit liegt die Inzidenz erfasster perinataler Erkrankungen bei 17% und ca. jede sechste Mutter wird im ersten Jahr postpartal aufgrund psychischer Probleme behandelt (Berger, 2019). Weitere Forschung in diesem Bereich sind in Anbetracht dessen sinnvoll und notwendig. Das Risiko für psychische Erkrankungen im Wochenbett erhöht sich zudem, wenn die Autonomie Gebärender verletzt und

Kontrollverluste sub partu erlebt wurden (Dekel et al., 2017). Die Unterstützung und Förderung der Eltern in der Entwicklung ihrer Potenziale und ihrer Autonomie ist ein aktuell diskutiertes Thema im Rahmen der selbstbestimmten Geburt. Diesbezüglich beschreiben Rost et al. (2022), dass die Autonomie Schwangerer durch vorgeburtliche Kontakte zu Fachpersonen sowie durch Hilfsmittel für die Entscheidungsfindung gefördert werden kann. Auch pränatale Bindungsförderung könnte hier unterstützend wirken. In ihrer Autonomie und Selbstbestimmung gestärkt können Eltern nicht gewünschten Interventionen entgegenwirken, die durch finanziellen, zeitlichen und rechtlichen Druck in Kliniken stattfinden können (Jung, 2022). Die Förderung von Autonomie und die Unterstützung der Eltern in ihren Kompetenzen und ihrer Rolle, das Entwickeln einer affektiven vorgeburtlichen Beziehung und der Respekt vor dem Ungeborenen werden von der Charta «Rechte des Kindes» (Abbildung 41) während und nach der Geburt aufgegriffen (International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM, 2005). Die Charta thematisiert bisher mangelnd beachtete, pränatalen Rechte von Kindern und strebt ihre Umsetzung auf nationaler und internationaler Ebene an.

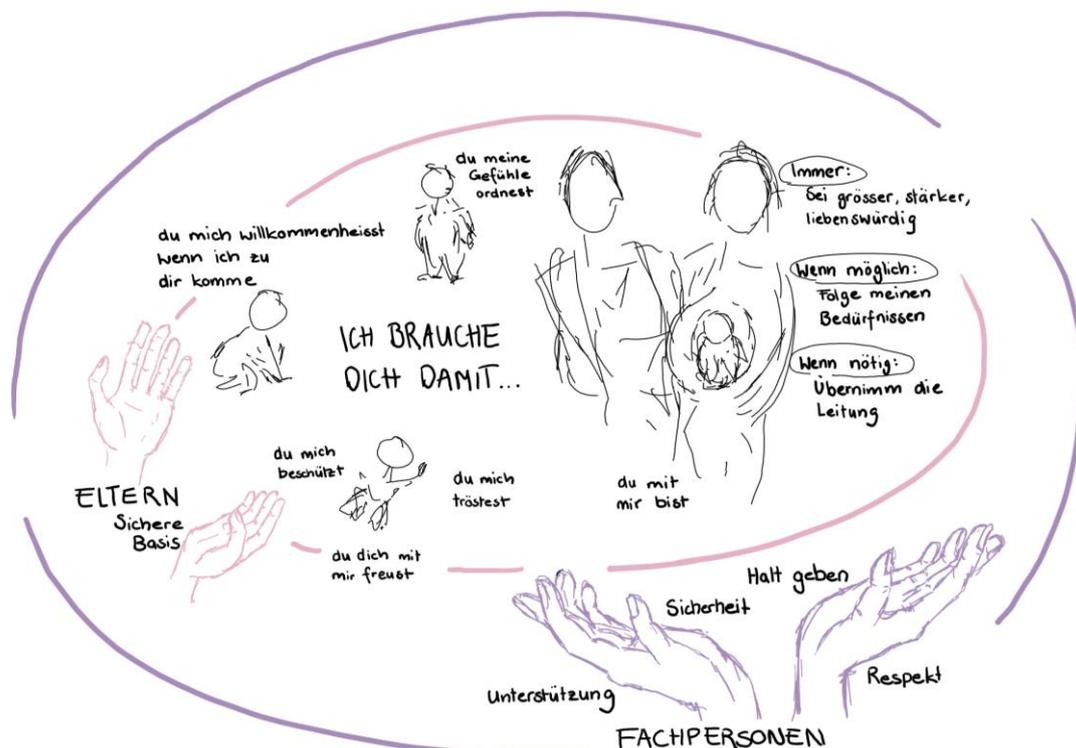
Abbildung 41: Charta «Rechte des Kindes» vor, während und nach der Geburt (ISPPM, 2005)

„Rechte des Kindes“ vor, während und nach der Geburt	
1. Jedes Kind hat das Recht, schon vor der Geburt als eigene Person geachtet und respektiert zu sein.	6. Jedes Kind hat das Recht auf eine hinreichend gute Ernährung vor und nach der Geburt. Jedes Kind sollte nach Möglichkeit gestillt werden.
2. Jedes Kind hat das Recht auf eine sichere vorgeburtliche Beziehung und Bindung.	7. Mit den Kinderrechten verbunden ist es ein Recht der künftigen Generationen, dass die Gesellschaft ihnen die Möglichkeit gibt, ihre eigenen Potentiale als Paar und als Eltern zu entwickeln.
3. Jedes Kind hat ein Recht darauf, dass während der Schwangerschaft und Geburt seine Erlebens-Kontinuität beachtet und geschützt wird.	8. Mit diesem Recht auf Entwicklung elterlicher Kompetenz ist das Recht des Kindes auf verantwortliche, feinfühlig und bezogene Eltern oder Ersatzpersonen verbunden.
4. Jedes Kind hat das Recht darauf, dass medizinische Interventionen, von Anfang an immer auch auf ihre seelische Auswirkung hin reflektiert und verantwortet werden.	9. Um diese Rechte des Kindes zu gewährleisten, haben die gesellschaftlichen Institutionen die Pflicht, die Eltern bei der Bewältigung ihrer Aufgaben zu unterstützen.
5. Jedes Kind hat das Recht auf Hilfen für einen liebevollen und bezogenen Empfang in der Welt, der ihm eine sichere nachgeburtliche Bindung erlaubt.	

Das Modell «Kreis der Sicherheit» (Anhang 11.5/Abbildung 43), kann Eltern unterstützen, die Bedürfnisse ihres Kindes zu decodieren, insbesondere dann, wenn die Eltern selbst in ihrer Kindheit erwachsene Bezugspersonen als wenig verlässlich und kompetent erlebt haben. Kinder haben ein tiefes instinktives Verständnis, wie wichtig eine liebevolle, vertraute Beziehung mit ihrer primären Bezugsperson für ihre Entwicklung ist. Die kindlichen Bedürfnisse zu verstehen hilft den primären Bezugspersonen zu erkennen, wie wertvoll sie für ihre Kinder sind. Sie lernen präsent *mit* dem Kind zu sein, Sicherheit zu geben und Raum für Exploration zu schaffen. Fühlt sich ein Kind sicher, ist Exploration möglich. Bei Unsicherheit und Stress, brauchen Kinder ihre Eltern als Ressource, wie der Kreis der Sicherheit zeigt. Die Eltern-Kind-Beziehung beeinflusst die kindliche Entwicklung massgeblich (Powell et al., 2015). Das Modell wurde bisher meist für die Bindungsförderung und -unterstützung bei Säuglingen und

Kleinkindern angewendet. Betrachtet man jedoch die Erkenntnisse der Pränatalpsychologie und den Aspekt, dass Bindungsprozesse bereits vorgeburtlich beginnen, könnte es Sinn machen, das Modell des «Kreises der Sicherheit» auch schon vorher in der Schwangerschaftsbegleitung zu integrieren, um sichere Beziehungen und Bindungen, wie auch die Voraussetzungen für Exploration und Autonomie zu unterstützen und fördern. Keller (2011) beschreibt, dass Autonomie und Verbundenheit mit Anderen als menschliche Grundbedürfnisse. Durch die Achtung und Förderung dieser, können Fachpersonen die ganze Familie unterstützen. Im «Kreis der Sicherheit» nehmen Fachpersonen eine unterstützende Haltung ein. Sie helfen den Eltern beim Bonding und bieten einen Raum für die Stärkung von Selbstwirksamkeit. Durch die Unterstützung von Fachpersonen wird es den Eltern möglich, diese unterstützende Einstellung gegenüber ihren Kindern einzunehmen (Powell et al., 2015). V. Schmid (2011) beschreibt in einer authentischen, professionellen Beziehung zwischen Fachperson und betreuter Person verschiedene Kompetenzen als essenziell. Die Kompetenz eine Beziehung öffnen zu können ist eine davon. Damit gemeint ist, die Beziehung so zu gestalten, dass sich die Mutter geschützt und respektiert fühlt, sich öffnen und ausdrücken kann. Bei der Fähigkeit einer Beziehung Halt geben zu können, handelt es sich um eine weitere essenzielle Kompetenz, welche das Kohärenzgefühl der Klient\*innen stärkt. Um Halt geben zu können, muss sich die Fachperson der eigenen Emotionen bewusst sein, mit denen Anderer umgehen können, sie annehmen und sie der Mutter spiegeln können. Dies hilft, dass sie sich selbst erkennen kann und sich verstanden fühlt. Ein vorgeburtliches Modell mit professioneller Beziehung, welche den Beziehungs- und Bindungsaufbau in der Dyade oder Triade unterstützt, könnte folgendermassen aussehen (Abbildung 42):

Abbildung 42: Modifizierter «Kreis der Sicherheit» (Abbildung der Autorinnen)



Die Begleitung durch die BA oder Haptonomie bietet die Möglichkeit einer kontinuierlichen Betreuung von Fachpersonen bereits während der SS. Im Review von Bohren et al. (2017) zeigte sich ein Zusammenhang zwischen kontinuierlicher Betreuung sub partu und einer Steigerung der vaginalen Entbindungsrate sowie interventionsärmeren Geburten und Senkung der Sectiorate. V. Schmid (2011) beschreibt die Vorteile kontinuierlicher Hebammenbetreuung wie folgt: «Die aktive Teilnahme der Frau und die Unterstützung durch die kontinuierliche Hebammenbetreuung sind als Faktoren anerkannt die bei gesunden Frauen- die ungefähr 90 Prozent ausmachen- zu den besten Resultaten für Mutter und Kind führen» (S. 57). Bezogen auf die Ergebnisse des Scopingreviews könnte neben der pränatalen Bindungsförderung auch die kontinuierliche Betreuung sub partu, vorherrschend in den Forschungen von Djalali (2004) und Max Ploquin (Ricard-Guerroudi, 2006), die positiven geburtshilflichen Outcomes beeinflusst haben. Auch weitere Ergebnisse des Scopingreviews bezüglich geburtshilflicher Interventionen und Geburtserleben sind heterogen. Zudem zeigt sich, dass das Geburtserleben von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird (Adam, 2012; Buchebner-Ferstl & Geserick, 2016). Adam (2012) zeigt auf, dass das fehlende Wissen bei Fachpersonen über die bindungsfördernden Methoden als Störfaktor sub partu empfunden wurde. Privatsphäre, Wünsche und Autonomie Gebärender und Eltern sollten respektiert und gewahrt werden (V. Schmid, 2011), dementsprechend auch bei der Realisierung bindungsfördernder Massnahmen, auch wenn das Fachpersonal keine Aus- oder Weiterbildung zu den entsprechenden Methoden hat.

Nicht nur die World Health Organization (2016) empfiehlt eine Schwangerschaftsvorsorge durch Fachpersonen, welche psychosoziale Aspekte abdecken, auch der Hebammenkodex beschreibt, dass Hebammen psychische, physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse betreuen und begleiten sollen (International Confederation of Midwives (ICM), 2014). Durch kontinuierliche Begleitung von ausgebildeten Fachpersonen der BA oder Haptonomie könnte ein systemisch wirkender Beitrag zur Förderung der peripartalen psychischen und physischen Gesundheit der ganzen Familie geleistet werden, welche sich positiv auf die Gesundheit des weiteren Lebens auswirken kann. Aktuell wird jedoch ein Grossteil der Schwangerschaftsvorsorgen nicht durch Hebammen, sondern durch ärztliche Fachpersonen durchgeführt. Entsprechend ihrem Aufgabengebiet liegt der Fokus bei der Schwangerschaftsvorsorge auf dem Erkennen und Reduzieren von Risiken (Pränataldiagnostik, Glukosetoleranztests, Vermeidung gewisser Konsumgüter und Lebensmittel). Nur 37.0% der Frauen nehmen Vorsorgeuntersuchungen in der SS durch die Hebamme wahr. Durchschnittlich finden davon nur 2.7 von 7 Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme statt (Grylka-Bäschlin & Borner, 2021).

Der Hebammenkodex beinhaltet, dass Hebammen gemeinsam mit Müttern, Vätern, Politiker\*innen und Kostenträger\*innen zusammenarbeiten, um den Bedarf ihres Klientel an Gesundheitsdiensten zu definieren und sicherzustellen, dass die Ressourcen chancengleich verteilt werden (ICM, 2014). Eine Problematik bei der Implementierung oder Inanspruchnahme

von bindungsfördernder Schwangerschaftsbegleitung ist die Finanzierung. Trotz dem durch Studien nachgewiesenem Nutzen von Prävention, auch aus volkswirtschaftlicher Sicht (Jeanrenaud et al., 2009 zitiert nach Obsan, 2020), werden die BA und Haptonomie nicht von Schweizer Krankenkassen übernommen. Auf Nachfrage der Autorinnen bei verschiedenen Versicherungen (Visana, Sanitas, KPT (Krankenkasse, Personal, Transportunternehmen)) wurde erkennbar, dass die bindungsfördernden Methoden kaum bekannt sind. Lediglich eine angefragte Versicherung übernimmt einen Beitrag bei haptonomischer Geburtsvorbereitung. Dies bedeutet, dass bindungsfördernde Schwangerschaftsbegleitung aktuell nur von finanziell gut gestellten Paaren in Anspruch genommen werden kann und eine praktizierende Fachperson im erreichbaren Umfeld sein muss. Laut dem BAG (2018) zeigt sich eine Versorgungslücke im Frühbereich, da es vor allem an finanziellen Mitteln für eine quantitativ und qualitativ passende Versorgung mangelt. In Anbetracht der potenziell präventiven Wirkung für das weitere Leben, sollte die pränatale Bindungsförderung in die bestehende Schwangerschaftsbegleitung implementiert und von allen Akteur\*innen mehr in die Schwangerschaftsvorsorge investiert werden. Sozioökonomisch benachteiligten und belasteten Familien sollte hier besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da diese noch stärker von unzureichender Versorgung und Vernetzung betroffen sind (BAG, 2018). Besonders deshalb, weil psychosoziale Risikokonstellationen einen förderlichen Bindungsaufbau und eine angemessene Entwicklungsförderung von Kindern hemmen können (Tumani, 2016).

## **5.2 Limitationen und Stärken der Bachelorthesis**

### **5.2.1 Limitationen**

Die Qualitätsanalysen, Datenanalyse und Texte im Ergebnisteil wurden jeweils nur von einer Autorin durchgeführt und von der Andern gegengelesen. Da nicht alle Arbeitsschritte von beiden Autorinnen durchgeführt wurden, kann das qualitative Kriterium der Bestätigbarkeit (Polit & Beck, 2017) nicht vollständig gesichert werden. Es kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass die Erstellung der Bachelorthesis und insbesondere die Datenanalyse durch die Subjektivität der Autorinnen beeinflusst wurde.

Die Datenquellen stammen aus verschiedenen Kontexten im europäischen Raum. Durch die unterschiedlichen geburtshilflichen Vorgehensweisen, kann daher keine allgemeine Übertragbarkeit der Ergebnisse versichert werden. Die bindungsfördernden Methoden hätten jeweils genügend Datenquellen für ein Scopingreview geliefert. Im Review sind die Ergebnisse gekürzt und weniger detailliert beschreiben, als wenn der Fokus der Arbeit nur auf eine bindungsfördernde Methode gelegt worden wäre.

Die Autorinnen beherrschen die Sprache zwar gut, sind jedoch das französische Vokabular wissenschaftlicher Texte nicht gewohnt. Es ist möglich, dass bei der Übersetzung

fremdsprachiger Aussagen nicht treffend formuliert wurden. Bei Schwierigkeiten sinngemässer Übersetzung, wurde der französische Wortlaut in Klammern ergänzt.

Während der Erarbeitung des Reviews hat sich gezeigt, dass bei der Untersuchung pränataler Beziehungen oder Bindungen eine Auftrennung bestehender Beziehungssysteme, nicht sinnvoll ist. Partner\*innen der Mutter, sollten einbezogen werden, da sie als Teil des Systems starken Einfluss auf die Beziehung zwischen Mutter und Ungeborenem nehmen.

### **5.2.2 Stärken**

Bezogen auf die Kriterien nach Polit und Beck (2017) kann die Reliabilität durch die klare und nachvollziehbare Darstellung des Prozesses während der Forschungsarbeit erkannt werden. Eine ausführliche Darstellung von Daten in denen sowohl positive als auch negative Wirkungen der Methoden thematisiert wurden, trägt zu der Vertrauenswürdigkeit der Arbeit bei. Es wurde versucht Objektivität so weit wie möglich zu erhalten, indem die Sichtung und Codierung der Daten von beiden Autorinnen unabhängig erstellt und anschliessend zu zweit abgeglichen wurde. Die Themen wurden ebenfalls gemeinsam erstellt.

Die Bearbeitung eines sehr diversen und grossen Datensatzes hat dazu beigetragen, eine umfassende Darstellung zum Thema Bindungs- und Beziehungsförderung zu schaffen. Die induktive, thematische Datenanalyse ermöglichte es, qualitative und quantitative Ergebnisse miteinander zu verbinden und ein Überblick über die gesamte Thematik zu schaffen.

Den Autorinnen sind keine ethischen Aspekte in der vorliegenden Arbeit bekannt. Der Arbeitsprozess wurde transparent dargelegt und reflektiert.

## **5.3 Forschungsstand**

Da die frühe Gesundheitsförderung als Element einer umfassenden Gesundheitspolitik angesehen wird, beschreibt das BAG (2018) die Wichtigkeit von mehr Forschung im Frühbereich. So können Wirkungszusammenhänge im frühen Leben erkannt werden, welche Einfluss auf das weitere Leben nehmen können (BAG, 2018). Obsan (2020) und BAG (2018) weisen auf eine Datenlücke bei gesundheitlichem Wissen rund um Kleinkinder hin. Bisher wurde der pränatale Bereich nicht in diese Überlegungen eingeschlossen.

Weiterer Forschungsbedarf bezüglich der Auswirkungen pränataler Bindungs- oder Beziehungsförderung auf SS, Geburt, Wochenbett und Entwicklung des Kindes sowie weitere Generationen, zeigte sich durch die Ergebnisse des Scopingreviews. Sie deuten auf mögliche Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit von Mutter und Kind sowie der Entwicklung des Neugeborenen und dessen Gesundheitszustandes (Djalali, 2004; Dolto, 2004; Hidas et al., 2021; Schroth, 2014). Nur durch entsprechende Evidenzen können Empfehlungen für die Praxis formuliert und implementiert werden.

## 6 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des vorliegenden Scopingreviews deuten auf systemisch wirkende, positive Einflüsse pränataler Bindungs- und Beziehungsförderung hin. Sie könnten aufgrund der möglicherweise gesundheitsfördernden Wirkung für das weitere Leben des Kindes wie auch der Eltern als Bestandteil der Schwangerschaftsbetreuung implementiert werden. Die pränatale Bindungsförderung könnte protektiv während der SS und Geburt sowie unterstützend bei pathologischen Verläufen wirken und ermöglicht zudem eine kontinuierliche Betreuung. Um pränatale Bindungsförderung zu implementieren, könnte es in die Schwangerschaftsvorsorge integriert werden, da sie Teil jeder SS ist und viele Familien erreicht werden könnten. Dies scheint ein geeigneter Zeitpunkt um Chancenungleichheit entgegenzuwirken, da die Kosten der regulären Schwangerschaftskontrollen von der Grundversicherung gedeckt werden. So kann zur Erreichung der Ziele des Obsan (2020) bezüglich früher Gesundheitsförderung beitragen werden und durch die Prävention würden Krankheitskosten eingespart. Eine finanzielle Förderung wäre jedoch notwendig, um den zeitlichen Mehraufwand, bei der Implementierung der Bindungs- und Beziehungsförderung in die reguläre Schwangerschaftsvorsorge, zu ermöglichen. Dies könnte durch eine Übernahme der Kosten durch die Grundversicherung von Krankenkassen erfolgen. Paare sollten verstärkt im Praktizieren von bindungsfördernden Methoden von Fachpersonen unterstützt werden, so wie es der adaptierte «Kreis der Sicherheit» (Abbildung 42) vorsieht, damit die frühe Eltern-Kind-Beziehung gefördert werden kann. Dabei sollten die Rechte des Ungeborenen gewahrt und berücksichtigt und es als kompetentes und individuelles Wesen anerkannt werden. Die Forschungslücke zu pränataler Bindung oder Beziehung ist gross. Damit mehr zur Thematik geforscht wird, bedarf es mehr Aufmerksamkeit und Interesse in Fachkreisen mit Arbeitsfeldern im perinatalen Bereich. Mit Hilfe von Publikationen und Vorträgen rund um pränatale Bindungs- und Beziehungsförderung könnte dies beispielsweise erreicht werden. Durch grösseres Interesse könnten allenfalls mehr Aus- und Weiterbildungen in diesem Bereich ermöglicht und absolviert werden. In der pränatalen Bindungsförderung ausgebildete Fachpersonen sind wichtig, damit mehr praktische Erfahrungen mit den Methoden gesammelt werden können. Insgesamt sollte mehr im Bereich der pränatalen Bindungsförderung geforscht werden. Zu psychischen Auswirkungen peripartal wurde bereits geforscht. Es sind jedoch mehr Studien unter verschiedenen Bedingungen notwendig, damit Empfehlungen für die Praxis formuliert werden können. Verschiedene Aspekte sollten spezifisch und individuell erforscht werden: Physische und psychische Wirkung auf SS, Geburt und Wochenbett, das weitere Leben von Kind und Eltern sowie transgenerationale Aspekte und die epigenetischen Auswirkungen der pränatalen Bindungs- und Beziehungsförderung.

## 7 Literaturverzeichnis

- Abasi, E., Keramat, A., Narjes, S. B., Goli, S., & Farjamfar, M. (2020). Evaluating the effect of prenatal interventions on maternal-foetal attachment: A systematic review and meta-analysis. *NursingOpen*, 8(1), 4–16. <https://doi.org/10.1002/nop2.648>
- Adam, E. (2012). *L'haptonomie: un projet pour une naissance* (Doktorarbeit). <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01875566>
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(2), 49–67.
- AlAmri, N., & Smith, V. (2022). The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*, 6(10), 1–10. <https://doi.org/10.18332/ejm/145789>
- Arnold, E. (2016). Migration und die Auswirkungen zerbrochener Familienbindungen. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Migration: Migration und die Auswirkungen zerbrochener Familienbindungen* (2. Aufl., S. 83–100). Klett-Cotta.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Hrsg.). (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Asari, J., & Tiwari, A. (2020). Relation of fetal movement counting with prenatal attachment and maternal worries - literature review. *International journal of research and analytical reviews*, 7(3), 317–323. [www.ijrar.org](http://www.ijrar.org)
- Babenko, O., Kovalchuk, I., & Metz, G. A. (2015). Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 48, 70–91. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.11.013>
- Bekiou, A., & Gourounti, K. (2020). Reduced Fetal Movement and Perinatal Mortality. *Materia Socio-Medica*, 32(3), 227–234. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.227-234>
- Belhassen, W. (2016). Accouchement à domicile et suivi global en haptonomie. In M.-F. Morel (Hrsg.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui* (S. 249–254). Érés.
- Bellussi, F., Po', G., Livi, A., Saccone, G., De Vivo, V., Oliver, E. A., & Berghella, V. (2020). Fetal Movement Counting and Perinatal Mortality. *Obstetrics & Gynecology*, 135(2), 453–462. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003645>
- Berger, A. (2019). Pränatale psychische Erkrankungen: Ein vernachlässigtes Thema der Gesundheitsversorgung von Frauen. *Psychiatrische Pflege*, 4(1), 17–20. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000224>
- Blazy, H. (2008). Wie sind Auswirkungen frühesten Verluste zu begrenzen? *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20(1/2), 123–131.

- Blazy, H. (Hrsg.). (2009). *"Wie wenn man eine innere Stimme hört". Bindung im pränatalen Raum*. Mattes Verlag.
- Blazy, H. (Hrsg.). (2012a). *"Gespräche im Innenraum" Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind*. Mattes Verlag.
- Blazy, H. (2012b). Einführung in die Tagung und das Thema: Eine kleine Geschichte der hier versammelten Gruppe. In H. Blazy (Hrsg.), *"Gespräche im Innenraum" Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind* (S. 7–16). Mattes Verlag.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7), 1–134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>.
- Bouychou, M., Sallez, H., Brito, G. de, Mouilti, Y., Piquée, N., & Boyé, H. (2018). Accompagnements et outils pour se préparer à la naissance. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, 39(301), 19–22. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2018.01.006>
- Bowlby, J. (2018). *Bindungs als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (4. Aufl.). Reinhardt.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buchebner-Ferstl, S., & Geserick, C. (2016). *Vorgeburtliche Beziehungsförderung: Dokumentation von Erfahrungen mit der Methode der Bindungsanalyse*. Österreichisches Institut für Familienforschung. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/57284>
- Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Grundlagenbericht und Konzept "Gesundheit und Prävention in der frühen Kindheit"*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/fruehe-kindheit.html>
- Callaghan, S. (2018). The role of fetal movement counting and 'kick charts' to reduce stillbirths in pregnancies  $\geq 28$  weeks' gestation. *British Journal of Midwifery*, 26(11), 738–747. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.11.738>
- Campbell, F. (2008). Bonding the French way. *The official magazine of the Royal College of Midwives*, 11(3), 30–31.
- Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie Frans Veldman (Hrsg.). (o. D.). *Haptonomie pré et post natale*. <https://haptonomie.org/haptonomie-pre-et-post-natale/>
- Chauveau, L., Di Bartolomeo, A., Noblot, E., Fanget, C., Raia-Barjat, T., & Chauleur, C. (2016). Use of fetal movements counting for prolonged pregnancy: A comparative preliminary cohort study before and after implementation of an information brochure.

- Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(7), 760–766.  
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.005>
- Coad, J., & Dunstall, M. (2005). *Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe*. Elsevier; Urban & Fischer.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167–183.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
- Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R., & Powell, B. (1999 & 2000). *Secure and limited circles of security*. Unpublished material, Centre for Clinical Intervention Spokane and University of Virginia.
- de Jong, T. M. (2004). *Im Dialog mit dem Ungeborenen: Wie sie schon während der Schwangerschaft mit ihrem Baby in Kontakt kommen können*. Via Nova.
- Debord, M. P. (2011). To evaluate the role of fetal movement counting and amnioscopy in the management of prolonged pregnancies. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 40(8), 767–773. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.09.008>
- Décant-Paoli, D. (2018a). Chapitre premier. Les concepts. In D. Décant-Paoli (Hrsg.), *L'haptonomie* (S. 13–70). Presses Universitaires de France.
- Décant-Paoli, D. (2018b). Chapitre II. Applications de l'haptonomie. In D. Décant-Paoli (Hrsg.), *L'haptonomie* (S. 71–108). Presses Universitaires de France.
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 8(560), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Delaram, M., Jafar-Zadeh, L., & Shams, S. (2017). Fetal Movement Counting and Maternal Depression: A Randomized, Controlled Trial. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 19(2), Artikel e5680. <https://doi.org/10.5812/zjrms.5680>
- Demirkan, L. T., Tastan, K., & Dane, S. (2020). Effectiveness of Fetal Movement Counting and Imagining Fetus Position to Prenatal Attachment and Depressive Symptoms in Pregnant Women in 24-28th Gestational Week. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 8(4), 184–188. [www.jrmds.in](http://www.jrmds.in)
- Djalali, M. (2004). *Analyse 250 haptonomisch begleiteter Geburten: Aktualisierte Fassung eines Vortrages, gehalten von Dr. M. Djalali in Montpellier/Frankreich anlässlich, des dritten internationalen Haptonomiekongresses*. Düsseldorf.
- Djalali, M. (2008). Die Bedeutung der Haptonomie zur Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit. *Hebamme.ch*, 106, 13.

- Dolto, C. (2004). Accompagnement haptonomique de la grossesse dans son aspect préventif en cas de dépression maternelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(5), 311–319. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.05.004>
- Dolto, C. (2008). Prenatal Affective Exchanges and Their Subsequent Effects in Postnatal Life. In G. Buonocore., & C. V. Bellieni (Hrsg.), *Neonatal Pain: Suffering, Pain, and Risk of Brain Damage in the Fetus and Newborn* (S. 35–44). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-88-470-0732-1\\_6](https://doi.org/10.1007/978-88-470-0732-1_6)
- Dolto, C. (2014). Early Emergence of the Subject through Haptonomic Antenatal Affective Contact. *JCFAR Journal of the Centre for Freudian Analysis and Research* (25), 129–139. <https://jcfar.org.uk/jcfar-bookshop/digital-editions/jcfar-issue-25-digital-edition/>
- Dolto, C. (2018). L'accompagnement pré- et postnatal par l'haptonomie. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, 39(300), 24–26. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2017.11.005>
- Dolto-Tolitch, C. (1997). Pre-and postnatal haptonomic communication, affective security and development. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 9(2), 165–180. [http://www.mattes.de/buecher/praenatale\\_psychologie/0943-5417.html](http://www.mattes.de/buecher/praenatale_psychologie/0943-5417.html)
- Dolto-Tolitch, C. (2004). L'haptonomie prénatale : une pensée du devenir de l'enfant. In M. Dugnat (Hrsg.), *Prévention précoce, parentalité et périnatalité* (S. 135–149). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2004.02.0135>
- Eichhorn, N. (2013). Prenatal Bonding (BA): A Universal Healing: An Interview with Gerhard Schroth M.D. *Somatic Psychotherapy Today*, 2(4), 8–11. <https://somaticpsychotherapytoday.com/past-issues-of-somatic-psychotherapy-today/>
- Ensel, A. (2010). Bindungsanalyse: Im Dialog mit dem ungeborenen Kind - Ein Interview. *Die Hebamme*, 23(2), 112–115. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1255238>
- Freda, M. C., Mikhail, M., Mazloom, E., Polizzotto, R., Damus, K., & Merkatz, I. (1993). Fetal movement counting: which method? *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 18(6), 314–321. <https://doi.org/10.1097/00005721-199311000-00011>
- Frøen, J. F., Heazell, A. E. P., Tveit, J. V. H., Saastad, E., Fretts, R. C., & Flenady, V. (2008). *Fetal Movement Assessment. Seminars in Perinatology*, 32(4), 243-246. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2008.04.004>
- Goertz-Schroth, A. (2013). Prenatal Bonding (BA) and Doula Work. *Somatic Psychotherapy Today*, 2(4), 12–13. <https://somaticpsychotherapytoday.com/past-issues-of-somatic-psychotherapy-today/>
- Grylka-Bäschlin, S., & Borner, B. (2021). *Ausführlicher Statistikbericht der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung 2020*. <https://doi.org/10.21256/zhaw-23151>

- Gudden, C. (2012). Fallvignette Frau B. In H. Blazy (Hrsg.), "Gespräche im Innenraum" Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind (S. 111–116). Mattes Verlag.
- Hidas, G. (2009). Imagination, Traumdeutung, Bindungsanalyse. In H. Blazy (Hrsg.), "Wie wenn man eine innere Stimme hört". Bindung im pränatalen Raum (S. 25-39). Mattes Verlag.
- Hidas, G., Raffai, J., & Vollner, J. (2021). *Nabelschnur der Seele: Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby* (3. Aufl.). Psychosozial-Verlag.
- Hirschauer, S., Heimerl, B., Hoffmann, A., & Hofmann, P. (2014). Leibliche Sondierungen: Kindsregungen und Körperkontakte. In J. R. Bergmann, S. Hirschauer & H. Kalthoff (Hrsg.), *Soziologie der Schwangerschaft: Explorationen pränataler Sozialität* (S. 137–167). Lucius & Lucius.
- Höfer, S. (2013). Schwangerenvorsorge. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 165–171). Hippokrates.
- Hüther, G., & Weser, I. (2017). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Reise ins Leben* (2. Aufl.). Beltz.
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>
- International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. (2005). *Charta der Rechte des Kindes vor, während und nach der Geburt*. <https://isppm.ngo/verein/charta-der-rechte-des-kindes/>
- Jung, T. (2022). Selbstbestimmungsrecht in hierarchischen geburtshilflichen Institutionen. *Obstetrica* (6), 38–43.
- Karrasch, C. (2019). Die Bindungsanalyse: Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby. *Dynamische Psychiatrie*, 52(3-4), 149-170.
- Keller, H. (2011). *Kinderalltag: Kulturen der Kindheit und ihre Bedeutung für Bindung, Bildung und Erziehung*. Springer Berlin Heidelberg; Imprint: Springer.
- Klabbers, G. A., Paarlberg, K. M., & Vingerhoets, J. J. (2018). Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth? *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 3(1), 1–7.
- Klabbers, G. A., Wijma, K., Paarlberg, K. M., Emons, W. H. M., & Vingerhoets, Ad J. J. M. (2019). Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized

- controlled trial. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 40(1), 38–47.  
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1398230>
- Koschorz, C. (2017). Bonding. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis* (2. Aufl., S. 56–67). Hippokrates.
- Koshida, S., Tokoro, S., Katsura, D., Tsuji, S., Murakami, T., & Takahashi, K. (2021). Fetal movement counting is associated with the reduction of delayed maternal reaction after perceiving decreased fetal movements: a prospective study. *Scientific reports*, 11(1), 1–6. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90240-4>
- Krüll, M. (1989/2009). *Die Geburt ist nicht der Anfang: Die ersten Kapitel unseres Lebens neu erzählt*. Klett-Cotta.
- Lang, C. (2009). *Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe* (1. Aufl.). Elsevier Urban & Fischer.
- Lange, U. (2010). Bestimmung des voraussichtlichen Geburtstermins. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (2. Aufl., S. 60-63). Hippokrates.
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 179–187.  
<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Mändle, C. (2015). Betreuung und Leitung der reglerechten Geburt. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 415–463). Schattauer.
- Mangesi, L., Hofmeyr, G. J., Smith, V., & Smyth, R. M. (2015). Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), 1–43.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004909.pub3>
- Matthies, L., Müller, Mitho, Doster, A., Sohn, C., Wallwiener, M., Reck, C., & Wallwiener, S. (2020). Maternal-fetal attachment protects against postpartum anxiety: the mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 107–117. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05402-7>
- McArthur, A., Klugarova, J., Yan, H., & Florescu, S. (2015). Innovations of the systematic review of text and opinion. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 188–195. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000060>
- Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B., & Walker, A. (Hrsg.). (2011). *Oxford Handbook of Midwifery* (2. Aufl.). Oxford University Press.

- Mohapatra, S., Gomathi, B., & Nayak, D. (2021). Effect of Fetal Movement Count Training (FMCT) on Prenatal Bonding and Maternal Anxiety among Primigravida Women. *International Journal of Nursing Education*, 13(3), 119–125. <http://www.ijone.org/>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P. F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews in etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews* (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub2>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews* (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Moré, A. (2006). Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit: Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen* (1. Aufl.). Huber.
- Munz, D. (2002). Die pränatale Mutter-Kind-Beziehung. In B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung: Theorien-Methoden-Ergebnisse* (S. 162–172). Schattauer.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Postnatal Care*. National Institute for Health and Care Excellence, (NG194).
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perrelli, J. G. A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2014). Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê [Mother-child bonding assessment tools]. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, 32(3), 257–265. <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432318>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. Aufl.). Wolters Kluwer.

- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2015). *Der Kreis der Sicherheit: Die klinische Nutzung der Bindungstheorie*. G.P. Probst.
- Raffai, J. (2012). Bindungsanalyse: neu aufgeladen. In H. Blazy (Hrsg.), *"Gespräche im Innenraum" Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind* (S. 46–59). Mattes Verlag.
- Raffai, J. (2016). Die psychoanalytische Arbeit mit Eltern noch ungeborener Kinder. In G. Poscheschnik & B. Traxl (Hrsg.), *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft: Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen* (S. 397–409). Psycho-sozial-Verlag.
- Revardel, J.-L. (2007). *Comprendre l'haptonomie*. Presses Universitaires de France.  
<https://doi.org/10.3917/puf.revar.2007.01>
- Ricard-Guerroudi, N. (2006). Haptonomie: de la préparation à l'accouchement global. *Profession Sage-Femme*, (123), 36–38. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=18020139>
- Rost, M., De Clercq, E., Büchler, A., & Elger, B. (2022). Ethische und rechtliche Einordnung zur Autonomie Gebärender. *Obstetrica*, 6, 44–47.
- Salehi, K., Salehi, Z., & Shaali, M. (2017). The Effect of Education of Fetal Movement Counting on Maternal-Fetal Attachment in the Pregnant Women: a Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Pediatrics*, 5(4), 4699–4706.  
<https://doi.org/10.22038/ijp.2017.21795.1820>
- Salisbury, A. L., Law, K. L., Lagasse, L. L., & Lester, B. M. (2003). Maternal-fetal attachment. *JAMA*, 289(13), 1701.
- Scappaticci, A. L. S. S., Iacoponi, E., & Blay, S. L. (2004). An inter-rater reliability study of a scale to assess mother-infant interaction. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(1), 39–46. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100006>
- Schmid, B. (2015). *Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas als Element der Hebammenarbeit* (Masterarbeit). Fachhochschule Salzburg GmbH. <http://www.bindungsanalyse.de/publikationen/>
- Schmid, V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell* (1. Aufl.). Elwin Staude Verlag.
- Schroth, G. (2009a). Die Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas: Eine Einführung. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 21(3/4), 343–347. [http://www.mattes.de/buecher/pranatale\\_psychologie/0943-5417.html](http://www.mattes.de/buecher/pranatale_psychologie/0943-5417.html)

- Schroth, G. (2009b). Die langen Schatten der Gewalt - Vignetten aus einer Bindungsanalyse. In H. Blazy (Hrsg.), *"Wie wenn man eine innere Stimme hört". Bindung im pränatalen Raum* (S. 81–93). Mattes Verlag.
- Schroth, G. (2010). Prenatal Bonding (BA): A Method for Encountering the Unborn. Introduction and Case Study. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 25(1), 3–16.
- Schroth, G. (2014). Die Bindungsanalyse nach Jenö Raffai. In K. Evertz, L. Janus & Linder Rupert (Hrsg.), *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie* (S. 549–555). Mattes.
- Schroth, G. (2017). Bedeutende Fortschritte in der Prävention der Post-/Peripartalen Depression. In S. Hildebrandt, J. Schacht, H. Blazy & W. Bott (Hrsg.), *Bindung und Geburt im transgenerationalen Kontext: Geburt als Resilienzfaktor seelischer Gesundheit, seelische Gesundheit als Resilienzfaktor der Geburt* (S. 147–162). Mattes Verlag.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2020). *Gesundheit in der Schweiz - Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. <https://doi.org/10.1024/86104-000>
- Shreffler, K. M., Spierling, T. M., Jespersen, J. E., & Tiemeyer, S. (2021). Pregnancy intention, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 362–373. <https://doi.org/10.1002/imhj.21919>
- Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S., & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stiefel, A., & Schwarz, C. (2020). Erfassen der Gesundheit von Mutter und Kind (Screenings). In A. Stiefel & Brendel, Karin, Bauer, Nicola H. (Hrsg.), *Hebammenkunde* (6. Aufl., S. 368–379). Thieme.
- Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., van Baar, A. L., van der Horst, H. E., Jonge, A. de, Berger, M. Y., Schellevis, F. G., Burger, H., & Peters, L. L. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PloS one*, 14(9), e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
- Tumani, V. (2016). Spielt Kultur bei der Bindungstraumatisierung eine Rolle? In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Migration: Migration und die Auswirkungen zerbrochener Familienbindungen* (2. Aufl., S. 32–43). Klett-Cotta.
- van Bakel, H. J., Maas, A. J. B., Vreeswijk, C. M., & Vingerhoets, A. J. (2013). Pictorial representation of attachment: measuring the parent-fetus relationship in expectant mothers and fathers. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 13(138), 1–9.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-138>
- Veldman, F. (2007). *Haptonomie: Science de l'affectivité : redécouvrir l'humain* (9. Aufl.). Presses Universitaires de France.
- Vinit, F. (2009). Réflexions autour de l'accompagnement haptonomique de la grossesse. *Filiigrane*, 18(2), 38–50. <https://doi.org/10.7202/039288ar>
- Volz-Boers, U. (2012). Anfang und Ende einer Bindungsanalyse. In H. Blazy (Hrsg.), *"Gespräche im Innenraum" Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind* (S. 99–105). Mattes Verlag.
- Wahl, K. (2012). Fallvignette - "Schatten der Vergangenheit". In H. Blazy (Hrsg.), *"Gespräche im Innenraum" Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind* (S. 93–98). Mattes Verlag.
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)

## 8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart Literatursuche und -auswahl (adaptiert nach Page et al. (2021)).....	21
Abbildung 2: Datenanalyse Bindungsanalyse .....	37
Abbildung 3: Datenanalyse Haptonomie .....	38
Abbildung 4: BA <i>Austausch zu zweit</i> .....	38
Abbildung 5.....	39
Abbildung 6.....	39
Abbildung 7.....	40
Abbildung 8.....	40
Abbildung 9: BA <i>Auf- und Verarbeitung verschiedener Themen</i> .....	41
Abbildung 10.....	41
Abbildung 11.....	42
Abbildung 12: BA <i>Einstimmung Elternrolle</i> .....	43
Abbildung 13: BA <i>Ungeborenes als Individuum</i> .....	43
Abbildung 14.....	44
Abbildung 15: BA <i>Gemeinsames Schwangerschaftserleben</i> .....	45
Abbildung 16.....	45
Abbildung 17: BA <i>Geburt und Nachgeburtsperiode</i> .....	46
Abbildung 18.....	46
Abbildung 19.....	47
Abbildung 20.....	47
Abbildung 21: Haptonomie <i>Die Triade als Familiensystem</i> .....	48
Abbildung 22.....	48
Abbildung 23.....	49
Abbildung 24.....	49
Abbildung 25.....	50
Abbildung 26: Haptonomie <i>Mutter-Kind-Bindung</i> .....	50
Abbildung 27.....	50

Abbildung 28.....	51
Abbildung 29.....	52
Abbildung 30: Haptonomie <i>Kind</i> .....	52
Abbildung 31.....	52
Abbildung 32.....	53
Abbildung 33: Haptonomie <i>Mutter</i> .....	53
Abbildung 34.....	53
Abbildung 35.....	54
Abbildung 36: Haptonomie <i>Geburtshilflich</i> .....	55
Abbildung 37.....	55
Abbildung 38.....	55
Abbildung 39.....	56
Abbildung 40.....	56
Abbildung 41: Charta «Rechte des Kindes» vor, während und nach der Geburt (ISPPM, 2005) .....	58
Abbildung 42: Modifizierter « <i>Kreis der Sicherheit</i> » (Abbildung der Autorinnen).....	59
Abbildung 43: "Kreis der Sicherheit" nach Cooper et al. (1999 & 2000).....	110

## 9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PCC-Framework und Suchbegriffe .....	17
Tabelle 2: Eingeschlossene Datenquellen Ergebnisse Bindungsanalyse .....	24
Tabelle 3: Eingeschlossene Datenquellen Ergebnisse Haptonomie .....	26
Tabelle 4: Stärken-Schwächen-Profil Datenquellen Bindungsanalyse.....	33
Tabelle 5: Stärken-Schwächen-Profil Datenquellen Haptonomie .....	34
Tabelle 6: Raster Literatursuche.....	103
Tabelle 7: provisorische Übersicht Datenquellen Fetal Movement Counting .....	107

## 10 Abkürzungsverzeichnis

BA	Bindungsanalyse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEL	Beckenendlage
CIRDH-FV	Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie Frans Veldman
CIRDH-FV SHV	Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie Frans Veldman- Schweizer Verband der in Haptonomie ausgebildeten Gesundheits-, Sozial- und Lehrpersonen
FG	Frühgeburt
FMC	Fetal Movement Counting
FMCT	Effect of Fetal Movement Count Training
ICM	International Confederation of Midwives
ISPPM	International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine
KPT	Krankenkasse, Personal, Transportunternehmen
MFA	Maternal Fetal Attachment
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
PCC	Population, Concept, Context
PDA	Periduralanästhesie
PRAM	Pictorial Representation of Attachment Measure
PRISMA ScR	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
RCT	Randomized controlled trial
SG	Spotangeburt
SS	Schwangerschaft
SSW	Schwangerschaftswoche
W-DEQ	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

## 11 Anhang

### 11.1 Qualitätsbeurteilungen Bindungsanalyse

**Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015) und (Moola et al., 2020))

#### Buch mit Fallberichten

Autorenschaft (Jahr): Blazy (2012a)

Titel: «Gespräche im Innenraum» Intrauterine Verständigung zwischen Mutter und Kind

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden die demographischen Daten der Klient*innen klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurde die Krankheitsgeschichte der Klientin/des Klienten klar beschrieben und als Zeitstrahl dargestellt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurde der aktuelle klinische Zustand der Klientin/des Klienten bei der Vorstellung klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurden diagnostische Tests/Beurteilungsmethoden und deren Ergebnisse klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wurde(n) die Intervention(en) oder das/die Behandlungsverfahren klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wurde der klinische Zustand nach der Intervention klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurden unerwünschte/unvorhergesehene Ereignisse (Schäden) identifiziert und beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enthält der Fallbericht Schlussfolgerungen?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Die stellungsnehmenden Personen sind in einem Kurztext am Ende des Buches identifizierbar, dabei sind auch deren Fachgebiete aufgelistet (Psychotherapie, Psychoanalyse, Hebamme, Ausbildung in BA, etc.). In den einzelnen Kapiteln (Publikation zu Tagung) stehen die Interessen der thematisierten Population im Vordergrund. Die erhobenen Daten/Beobachtungen werden beschrieben und mit Fallbeispielen unterstützt. Weiterführende Literatur wird verwendet und Kongruenzen aufgezeigt. Die Aussagen sind nicht immer mit den jeweiligen Quellen belegt. Die Literaturverzeichnisse listen Quellen auf, welche nicht im Text erkenntlich sind. Die wichtigsten demographischen und anamnestischen Daten sind aufgeführt. Die Fallbeispiele sind strukturiert und verständlich. Es wird beschrieben, wieso die schwangeren Personen die BA besuchen und wie es ihnen aktuell geht. Die jeweiligen Schritte während der BA werden meist kurz beschrieben. Die Auswirkungen/Veränderungen durch die BA werden klar angesprochen. Gemachte Aussagen beruhen auf Beobachtungen der Autor\*innen, jedoch auch durch Aussagen Schwangerer. Dabei werden auf unerwünschte Ereignisse thematisiert. Am Ende der Fallberichte beschreiben die Autor\*innen jeweils kurz die Veränderungen durch die BA sowie das geburtshilfliche Outcome.

**JBI Checkliste kritische Bewertung****Qualitative Forschung** (Adaptiert nach Lockwood et al. (2015))

Autorenschaft (Jahr): Buchebner-Ferstl und Geserick (2016)

Titel: Vorgeburtliche Beziehungsförderung: Dokumentation von Erfahrungen mit der Methode der Bindungsanalyse

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Besteht eine Kongruenz zwischen der angegebenen philosophischen Perspektive und der Forschungsmethodik?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Forschungsfrage oder den Forschungszielen?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und den zur Datenerhebung verwendeten Methoden?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Darstellung und Analyse der Daten?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Interpretation der Ergebnisse?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gibt es ein Statement, welches die Forschenden kulturell oder theoretisch verortet?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wird der Einfluss der Forschenden auf die Forschung und umgekehrt angesprochen?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind die Teilnehmenden und deren Meinung/Beitrag angemessen vertreten?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Forschung nach geltenden Kriterien oder für neuste Studien ethisch vertretbar und gibt es einen Nachweis ethischer Genehmigung durch eine geeignete Stelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
10. Sind die im Forschungsbericht gezogenen Schlussfolgerungen aus der Analyse oder Interpretation der Daten abgeleitet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Damit innerhalb der Arbeit das individuelle Erleben der schwangeren/gebärenden Personen im Mittelpunkt steht, wurde ein exploratives, qualitativ orientiertes Forschungsdesign gewählt. Teil-strukturierte, leitfadensbasierte Interviews mit anschließender themenbasierter Inhaltsanalyse wurden durchgeführt. Die Methodik ist passen zu den Fragestellungen. Die Datenanalyse ist mit der Forschungsmethodik kongruent. Um ein Überblick über das thematische Feld zu erhalten, führte die Autorenschaft initial drei Expert\*inneninterviews durch. Die Rekrutierung neun Schwangerer/Mütter fand anschließend über diese Expert\*innen und dem Österreichischen Institut für Familienforschung statt. Der Einfluss der Forschenden auf die Forschung wird nicht diskutiert. Den Beiträgen der Teilnehmenden nehmen viel Raum in der Arbeit ein. Die Interviewten werden unter Pseudonymen aufgeführt, dadurch wird die Anonymität gegenüber Lesenden gewahrt. Auf ethische Aspekte wird nicht eingegangen. Die Schlussfolgerungen sind aus der Analyse der Daten abgeleitet. Die Autorenschaft der Arbeit spricht an, dass wissenschaftlich abgesicherte Aussagen nicht aus den Ergebnissen abgeleitet werden können, da es sich um eine reine Dokumentation subjektiver Empfindungen und keiner Evaluation der Methode als BA oder diagnostischem Prozess handelt. Die BA wird im Verlaufe der Arbeit auch kritisch beurteilt und ihre Kausalität wird in Frage gestellt. Finanzielle Unterstützung des Forschungsberichtes wird thematisiert und begründet. Die transkribierten Interviews sind im Anhang nicht ersichtlich.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Ensel (2010)

Titel: Bindungsanalyse: Im Dialog mit dem ungeborenen Kind – Ein Interview

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x

Kommentare: Ensel, A., die interviewende Person, (Hebamme, ethnologische Fachperson) sowie die Befragten (Fachpersonen Psychiatrie/Psychologie, Psychoanalyse), sind klar als Fachpersonen des betreffenden Fachgebietes zu erkennen. Ein passender Einstiegstext, gibt Auskunft über die Befragten und den Fokus des Interviews. Die Population, in diesem Falle die behandelten Schwangeren und Ungeborenen, und deren Bezug/Erleben der BA stehen im Fokus. Innerhalb des Interviews wird zuerst Verständnis im Vorgehen der BA gesichert und anschließend werden Ziele, Zielgruppe und Nachfrage der BA besprochen. Dabei werden einige Fallbeispiele der Befragten beschrieben, um ein besseres Verständnis zu erhalten und die Hauptaussagen des Textes zu unterstützen. Der Text wird nicht mit einer Schlussfolgerung oder Empfehlung abgeschlossen, es werden lediglich Auswirkungen auf die Kinder, welche die BA innerhalb der SS erfahren haben, besprochen. Diese Auswirkungen werden dabei wenig konkret beschrieben. Da es sich um ein Interview handelt, werden keine Inkongruenzen oder weiterführende Literatur aufgeführt, es wird einzig auf das Buch der Interviewten, «Nabelschnur der Seele», verwiesen.

## JBI Checkliste kritische Bewertung (Adaptiert nach McArthur et al. (2015) und (Moola et al., 2020))

### Buch mit Erfahrungsberichten

Autorenschaft (Jahr): Hidas et al. (2021)

Titel: Nabelschnur der Seele. Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ist der Einbezug von Erfahrungsberichten angebracht?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind die Erfahrungsberichte verständlich und angemessen dargestellt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Werden Inkongruenzen/Kongruenzen zwischen den Erfahrungsberichten und der Theorie innerhalb der Erfahrungsberichte beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Werden in den Erfahrungsberichten unerwünschte/unvorhergesehene Ereignisse (Schäden) identifiziert und beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Enthalten die Erfahrungsberichte Schlussfolgerungen?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Die Quelle der Stellungnahme ist klar identifizierbar. Bei den stellungnehmenden Personen handelt es sich um zwei Fachpersonen der Psychiatrie/Psychoanalyse und eine Fachperson im Bereich Schauspiel/Journalismus. Die Fachperson für Schauspiel/Journalismus hat für das Buch lediglich die Erlebnisberichte zusammengetragen, die beiden Fachpersonen für Psychiatrie/Psychoanalyse haben sich dem theoretischen Teil des Buches gewidmet. Dabei werden Fallbeispiele zur Unterstützung der Aussagen verwendet. Die vertretene Population steht im Fokus der Publikation, dies verdeutlicht auch die Verwendung von Erfahrungsberichten. Inkongruenzen innerhalb des Theorieteils werden nicht aufgeführt, Kongruenzen sind jedoch durch weiterführender Literatur gestärkt. Der Einbezug von Erfahrungsberichten wurde sehr stark gewichtet, da der theoretische Aspekt direkt mit Erfahrungen verbunden werden kann. Die von ihren Erfahrungen Berichtenden sind Personen, welche die BA selbst durchgeführt haben. Die Berichte sind verständlich und genügend ausführlich aufgeführt. Inkongruenzen und Kongruenzen im Erleben der Mütter im Vergleich zu der Theorie, werden in den Erfahrungsberichten aufgeführt sowie auch unerwünschte/unvorhergesehene Ereignisse. Die Erfahrungsberichte enthalten nicht einen klar zu erkennenden Teil der Schlussfolgerungen, jedoch wird am Ende in wenigen Sätzen meist ein Fazit der Mütter aufgeführt (bspw. Würden sie es wieder tun, wieso, was war anders, etc.) Weitere Analysen durch die Autorenschaft werden mit den Erfahrungsberichten nicht vorgenommen.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Karrasch (2019)

Titel: Die Bindungsanalyse. Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Die Quelle der Stellungnahme ist klar identifizierbar. Bei Karrasch handelt es sich um eine Fachperson der BA. Der Text, welcher ein Artikel zu einem mündlichen Vortrag ist, soll ein Einblick in die BA geben und deren Wirkung verdeutlichen. Der Artikel wird nicht mit einer ausführlichen Schlussfolgerung abgeschlossen, auf die Bedeutung der BA wird jedoch am Ende hingewiesen. Innerhalb des Textes werden diverse Aussagen mit anschließenden Fallbeispielen genauer erläutert und bestärkt. Eine weiterführende Analyse ist im Text nicht ersichtlich. Die Wirkung der BA wird anhand von verschiedenen Fallbeispielen unterstrichen. Weiterführende Literatur wird einzig im Literaturverzeichnis vermerkt, es gibt keine Quellenangaben im Text. Inkongruenzen mit der Literatur werden in diesem Artikel nicht erläutert, dies wahrscheinlich aufgrund der Form des Artikels (Artikel eines mündlichen Vortrages).

**JBI Checkliste kritische Bewertung****Qualitative Forschung** (Adaptiert nach Lockwood et al. (2015))

Autorenschaft (Jahr): B. Schmid (2015)

Titel: Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas als Element der Hebammenarbeit

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Besteht eine Kongruenz zwischen der angegebenen philosophischen Perspektive und der Forschungsmethodik?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Forschungsfrage oder den Forschungszielen?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und den zur Datenerhebung verwendeten Methoden?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Darstellung und Analyse der Daten?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Interpretation der Ergebnisse?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gibt es ein Statement, welches die Forschenden kulturell oder theoretisch verortet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wird der Einfluss der Forschenden auf die Forschung und umgekehrt angesprochen?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind die Teilnehmenden und deren Meinung/Beitrag angemessen vertreten?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Forschung nach geltenden Kriterien oder für neuste Studien ethisch vertretbar und gibt es einen Nachweis ethischer Genehmigung durch eine geeignete Stelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
10. Sind die im Forschungsbericht gezogenen Schlussfolgerungen aus der Analyse oder Interpretation der Daten abgeleitet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Der Fokus des empirischen Teils liegt auf dem persönlichen Erleben der Schwangeren und der Beziehung zu ihrem Kind. Ein passendes qualitatives Design wurde gewählt und die Wahl wurde begründet. Die Methode und die Forschungsfrage/-ziele sind kongruent zueinander. Als Methode werden narrativ, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Während der Interviews wurden ergänzend Ad-hoc-Fragen formuliert. Anschliessend wurde eine thematische Inhaltsanalyse der Interviews durchgeführt. Dies erlaubte es der forschenden Person die Forschungsfrage und dadurch die BA als Element der Hebammenarbeit fassbar zu machen. Die forschende Person beschreibt ihren Werdegang als gelernte Krankenschwester und dem anschliessenden Hebammenstudium sehr konkret. Es wird beschrieben, dass durch den Werdegang der forschenden Person, viel Eigenerfahrung in die Masterarbeit eingeflossen sei. Dies war auch die Begründung dafür, die Ich-Form in der Master-Arbeit nicht auszuschliessen. Mit Hilfe von Kolleg\*innen desselben Fachgebietes wie das der forschenden Person, konnte Kontakt zu Teilnehmenden hergestellt werden. Diese wurden per Mail angefragt (drei Teilnehmende). Ein Selektionsbias ist daher möglich. Welchen Einfluss die forschende Person potenziell auf die Arbeit haben könnte, wird nicht besprochen. Den Beiträgen der Teilnehmenden wird viel Platz eingeräumt. Ethische Aspekte der Arbeit werden nicht thematisiert und es ist kein Nachweis einer ethischen Genehmigung vorzufinden. In der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse werden vereinzelt Erleben und Erzählungen der Befragten aufgegriffen, die gewonnen Erkenntnisse werden durch den theoretischen Hintergrund bestärkt. Innerhalb der Schlussfolgerung werden die wichtigsten Aspekte aufgegriffen und beschrieben. Begrenzungen der Arbeit sowie ein Ausblick werden vorgenommen. Die transkribierten Interviews sind im Anhang nicht aufgeführt.

**JBI Checkliste kritische Bewertung****Fallbericht** (Adaptiert nach Moola et al. (2020))

Autorenschaft (Jahr): Schroth (2010)

Titel: Prenatal Bonding (BA): A Method for Encountering the Unborn. Introduction and Case Study

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Wurden die demographischen Daten der Klient*innen klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wurde die Krankengeschichte der Klientin/des Klienten klar beschrieben und als Zeitstrahl dargestellt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde der aktuelle klinische Zustand der Klientin/des Klienten bei der Vorstellung klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden diagnostische Tests/ Beurteilungsmethoden und deren Ergebnisse klar beschrieben?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde(n) die Intervention(en) oder das/die Behandlungsverfahren klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde der klinische Zustand nach der Intervention klar beschrieben?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden unerwünschte/unvorhergesehene Ereignisse (Schäden) identifiziert und beschrieben?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Enthält der Fallbericht Schlussfolgerungen?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Die Fallstudie behandelt den Fall einer Mutter während der SS/Geburt. Deren wichtigsten demographischen Daten werden erläutert. Im Anschluss wird vor allem die familiäre Gesundheitsgeschichte betrachtet. Insbesondere die psychosoziale Geschichte wird dabei umfassend beschrieben. Diese Einschränkung erfolgte wahrscheinlich, da der Fokus der Fallstudie auf dem transgenerationalen Einfluss von Gewalt liegt. Der jeweils aktuelle Zustand der beschriebenen Person wird fortlaufend dargelegt. Beurteilungsmethoden werden nicht klar beschrieben. Das Behandlungsverfahren wird im vorangegangenen Text klar aufgeführt. Ergänzend zum Beschrieb der jeweiligen Sitzungsstunden der BA hinterlässt die verfassende Person jeweils einen Kommentar, welcher Interpretationen des Erlebten in der Sitzung enthält. Im Nachtrag an die letzte Sitzung, werden die letzten Wochen der SS sowie das Geburtserleben kurz erläutert. Unerwünschte/Unvorhergesehene Ergebnisse wurden nicht beschrieben. In der Schlussfolgerung wird die psychosoziale Situation nach der Intervention, sowie die Kompetenzen der Ungeborenen bezüglich der Fallgeschichte. Abschliessend erfolgt ein allgemeiner Appell für Veränderung in der Geburtshilfe sowie eine Danksagung.

**JBI Checkliste Kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Schroth (2014)

Titel: Die Bindungsanalyse nach Jenö Raffai

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Die verfassende Person und dessen Profession im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie sind klar in der Quelle zu erkennen. Innerhalb des Textes wird die BA als Methode sehr genau beschrieben. Diese Beschreibungen, stammen zuerst nicht aus eigenen Erfahrungen von Schroth, sondern aus den Erfahrungen der Methodenbegründer\*innen. Am Ende des Textes bezieht sich Schroth schlussendlich auf eigene Erfahrungen und bestärkt dadurch die zuvor geäußerten Schwerpunkte. Erfahrungserzählungen werden in den Mittelpunkt gestellt und Ergebnisse werden mit einzelnen statistischen Werten untermauert. Genauer analysiert werden die Erfahrungserzählungen innerhalb des Textes jedoch nicht. Verwendete statistische Vergleichswerte werden nicht mit einer Quelle belegt. Beendet wird der Text mit einem Ausblick und der Beschreibung der Notwendigkeit quantitativer Erforschung des Feldes. Weiterführende Literatur wird im Text nicht genannt, das Literaturverzeichnis enthält jedoch breit Literatur zu der Thematik. Die jeweils verwendeten Quellen werden lediglich im Literaturverzeichnis aufgeführt und nur einmalig wird direkt im Text darauf verwiesen. Inkongruenzen werden innerhalb des Textes keine benannt. Schroth unterstützt jedoch durch seine eigenen dargelegten Erfahrungen das Konzept der BA nach Hidas und Raffai und stützt dadurch die Methode/Thematik.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Schroth (2017)

Titel: Bedeutende Fortschritte in der Prävention der Post-/Peripartalen Depression

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar: Die Quelle der Stellungnahme und deren Fachgebiet sind klar zu identifizieren (Psychiatrie/Psychotherapie). Der Text handelt von peripartaler Depression und die Interessen der Population, Schwangere/Gebärende welche an peripartaler Depression leiden oder Symptome aufweisen, werden klar in den Fokus gestellt. Zu Beginn wird stark Bezug auf peripartale Depression im Allgemeinen genommen, bevor die Methode der BA miteinbezogen wird. Aussagen sind mit Quellen belegt oder werden als gemachte Erfahrungen beschrieben. Durch Fallbeispiele werden zuvor getroffene Aussagen und Quelle bestätigt. Verwendete statistische Vergleichswerte, mit denen die eigenen Aussagen verglichen werden, werden mit keiner Quellenangabe hinterlegt. Die Methode der BA zur Erklärung und Behandlung/Vorbeugung einer peripartalen Depression wird erkennbar. Durch die Zitierung und Darlegung von Daten, welche von verschiedenen Fachpersonen gemacht wurden, wird aus dem Text ersichtlich, dass die Meinung ein grosses Ansehen vertritt. Inkongruenzen mit weiterer Literatur oder Quellen werden nicht angesprochen.

## 11.2 Qualitätsbeurteilungen Haptonomie

### JBI Checkliste kritische Bewertung

#### Qualitative Forschung (Adaptiert nach Lockwood et al. (2015))

Autorenschaft (Jahr): Adam (2012)

Titel: L'haptonomie: un projet pour une naissance.

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Besteht eine Kongruenz zwischen der angegebenen philosophischen Perspektive und der Forschungsmethodik?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Forschungsfrage oder den Forschungszielen?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und den zur Datenerhebung verwendeten Methoden?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Darstellung und Analyse der Daten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
5. Besteht Kongruenz zwischen der Forschungsmethodik und der Interpretation der Ergebnisse?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gibt es ein Statement, welches die Forschenden kulturell oder theoretisch verortet?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wird der Einfluss der Forschenden auf die Forschung und umgekehrt angesprochen?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind die Teilnehmenden und deren Meinung/Beitrag angemessen vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Forschung nach geltenden Kriterien oder für neuste Studien ethisch vertretbar und gibt es einen Nachweis ethischer Genehmigung durch eine geeignete Stelle?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sind die im Forschungsbericht gezogenen Schlussfolgerungen aus der Analyse oder Interpretation der Daten abgeleitet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Das methodische Vorgehen ist verständlich, jedoch wird das Vorgehen bei der Datenanalyse nicht erklärt. Die semistrukturierten Interviews scheinen geeignet, um Daten für die Bestätigung oder Verwerfung der Hypothese zu gewinnen. Themen, welche in den Interviews mit den Paaren (sechs Paare) angesprochen wurden, sind vor der Durchführung der Interviews bereits festgelegt. Die Daten aus den Interviews wurden jedoch in weitere Unterthemen aufgeteilt, dabei ist der Prozess nicht ersichtlich dargestellt. Es ist kein klares Statement formuliert, wie Adam, E. theoretisch oder praktisch zu verorten ist, noch wie dies Einfluss auf das Review genommen haben könnte. Es sind Daten und Aussagen von allen Paaren aufgeführt, jedoch kann deren Vollständigkeit nicht überprüft werden, da die Interviews nicht transkribiert im Anhang vorzufinden sind. Adam, E. hat negative Elemente und Aussagen der Paare bezüglich der Methode aufgeführt und berücksichtigt. Da die Population aus bereits Haptonomie praktizierenden Paaren bestand, ist mangels zusätzlicher Intervention, keine ethische Genehmigung notwendig. Die Schlussfolgerungen des Reviews sind logisch aus den Ergebnissen synthetisiert und interpretiert.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Bouychou et al. (2018)

Titel: Support and tools for preparing for birth

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x

Kommentare: Bei der Fachperson handelt es sich um eine Fachperson der klinischen Psychologie, Psychoanalyse und Haptotherapie. Im Text macht sie jedoch auch Aussagen zu geburtshilflichen Auswirkungen der Haptonomie, dabei ist unklar ob diese mit einer Quelle belegt sind oder ob es sich um ihre eigenen Aussagen handelt. Ein genügend fachlicher Hintergrund (geburtshilflich/gynäkologisch) weist die stellungsnehmende Person nicht auf, daher würde die Aussagekraft der Aussagen in Frage gestellt werden. Bei der Analyse des Textes fallen keine unlogischen Schlussfolgerungen auf. Jedoch ist aufgrund des geringen Umfangs des Textes und der Dichte der Aussagen auf eine ausführliche Darstellung eines analytischen Prozesses verzichtet worden. Der Text scheint wie eine kurze Zusammenfassung, die Verweise auf Quellen sind nicht übersichtlich dargestellt. Es werden keine gegenteiligen Meinungen oder Standpunkt des Themas angesprochen und dementsprechend auch nicht thematisiert oder diskutiert. Auch in der Referenzliste ist keine repräsentative Angabe unterschiedlicher Meinungen angegeben.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Décant-Paoli (2018)

Titel: Applications de l'haptonomie

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Bei Décant-Paoli handelt es sich um eine Fachperson der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie und Psychoanalyse sowie Haptotherapie und Autor\*in. Der Text wurde in Zusammenarbeit mit Catherine Dolto geschrieben. Laut Beurteilung der Autorinnen des Scopingreviews verfügen beide über Ansehen im Fachgebiet. Das beurteilte 2. Kapitel des Buches ist über die verschiedenen möglichen Anwendungsmöglichkeiten und den Nutzen in verschiedenen Fachgebieten. Verschiedene Interessengruppen sind somit genannt. Die geäußerte Meinung ist jeweils nachvollziehbar, der Text ist in seinen Elementen aufeinander aufbauend, die Argumente sind schlüssig. Décant-Paoli bezieht sich in ihren Aussagen auf weitere Literatur. Kongruenzen und Inkongruenzen werden nicht direkt angesprochen. Décant-Paoli spricht sich für die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus, beispielsweise Pränataldiagnostik und Haptonomie, da dies ein Mehrwert für die Klient\*innen wäre.

## JBI Checkliste Kritische Bewertung Quasi-Experimentelle Studien (Adaptiert nach (Tufanaru et al., 2020))

Autorenschaft (Jahr): Djalali (2004)

Titel: Analyse 250 Haptonomisch begleiteter Geburten

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist in der Studie klar, was die "Ursache" und was die "Wirkung" ist?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Waren die Teilnehmenden, der verschiedenen Gruppen vergleichbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erhielten die Teilnehmer, die in Vergleiche einbezogen wurden, neben der Interventionsgruppe eine ähnliche Behandlung/Betreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gab es eine Kontrollgruppe?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurden mehrere Messungen des Ergebnisses vor und nach der Intervention/Exposition durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Ist das Follow-up vollständig, und wenn nicht, wurden die Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Follow-up angemessen beschrieben und analysiert?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden die Ergebnisse der Teilnehmenden, die an den Vergleichen teilgenommen haben, auf dieselbe Weise gemessen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurden die Ergebnisse auf zuverlässige Weise gemessen (Reliabilität)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurde eine geeignete statistische Analyse durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kommentare: Das Setting der Interventionsgruppe wird ausreichend beschrieben. Da es sich bei den Vergleichsgruppen um extern erhobene Statistiken und Zahlen handelt, fehlen Erklärung zu der inkludierten Population und ihrer präpartalen und peripartalen Betreuung. Ebenfalls fehlen Angaben dazu, wie die Auswahl der in die Analyse inkludierten Schwangeren, insbesondere der Interventionsgruppe, stattgefunden hat. Weiter wurden die Interventionsgruppe zusätzlich zu der haptonomischen Betreuung durchgehend von demselben geburtshilflichen Team behandelt, die Ergebnisse können daher nicht eindeutig der haptonomischen Begleitung zugeschrieben werden. Es werden vier Parameter verglichen, welche unter der Geburt zu vermehrten operativen Interventionen führen können. Die Interventionsgruppe besteht nicht aus rein physiologischen SS und Geburtsverläufen, die tiefere Interventionsrate dieser Gruppe kann daher zu einem Grossteil der haptonomischen Betreuung (evtl. Einfluss durch kontinuierliche Betreuung) zugeordnet werden. Die Verwendung von schmerzlindernden Mitteln wird ebenfalls miteinander verglichen. Bezüglich der von den Gebärenden empfundenen Schmerzhaftigkeit wird nicht beschrieben, wie die Daten erfasst wurden, es wird sich dabei auf den fehlenden Einsatz von Schmerzmitteln und den Bericht von den Klient\*innen berufen. Das Follow-up der Interventionsgruppe wurde nicht beschrieben, bei den Vergleichsstatistiken ist eine Beschreibung des Follow-up's nicht notwendig. Wie die Resultate gemessen wurden, wird nicht explizit beschrieben. Die Autorinnen des Scopingreviews gehen davon aus, dass die Statistiken, welche verglichen wurden aus der Dokumentation der Geburt bzw. den Geburtsberichten erstellt werden. Es wurde keine statistische Analyse gemacht, sondern lediglich die prozentualen Raten an Interventionen oder Outcomes einander gegenübergestellt.

## JBI Checkliste kritische Bewertung (Adaptiert nach McArthur et al. (2015)) Texte und Meinungen

Autorenschaft (Jahr): Djalali (2008)

Titel: Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit. Die Bedeutung der Haptonomie.

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x

Kommentare: Dr. med. Mehdi Djalali war Fachperson für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und wissenschaftliches Mitglied zur Erforschung und Entwicklung der Haptonomie in Frankreich (CIRDH). Die stellungsnehmende Person wird von verschiedenen Autor\*innen zitiert und verfügt somit laut den Autorinnen des Scopingreviews über Ansehen im Fachgebiet. Die Interessen der Population stehen im Vordergrund. Die Stellungnahmen sind verständlich, werden jedoch von Djalali nicht ausgeführt oder als analytischer Prozess sowie Schlussfolgerung dargelegt oder mit Literatur belegt. Beispielsweise ist nicht klar, wieso es zu einer Reduktion der SS-Beschwerden kommt. Ob Statements aus eigenen Beobachtungen resultierten oder es bereits Evidenzen dazu gibt, ist nicht ersichtlich. Als Verweis auf den analytischen Prozess und weiterführende Literatur wird auf die eigenen Publikationen von Djalali, M. verwiesen, eine repräsentative Angabe von unterschiedlichen Meinungen ist nicht angegeben. Zum thematischen Fachbereich der Publikation bestehen zu wenige Evidenzen, um von einer Inkongruenz mit bestehender Literatur sprechen zu können. Widersprüche mit anderen Quellen sind nicht bekannt/ersichtlich.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr) : Dolto (2004)

Titel: Accompagnement haptomique de la grossesse dans son aspect préventif en cas de dépression maternelle

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Bei Dolto, C. handelt es sich um eine ärztliche und haptotherapeutische Fachperson und Autor\*in, sie ist bekannt als Haptonomie vertretende Person in Frankreich. Der Text wurde geschrieben, um die Funktion der Haptonomie im Feld der Prävention für Depressionen zu thematisieren und ist auf einem dem Thema entsprechenden Kongress vorgestellt worden. Der Text richtet sich an Fachpersonen, ist jedoch auch von Interesse für Privatpersonen und insbesondere Mütter. Dolto, C. spricht an, wie der rein medizinische Fokus von Fachpersonen und dadurch die affektive Sicherheit der Eltern vernachlässigt wird. Im Text wird erklärt, dass andere Autor\*innen dies im Zusammenhang mit Problemen im Bereich Public Health sehen. Dolto, C. vergleicht das Verhalten des Ungeborenen mit der Symptomatik der anaklitischen Depression von Spitz und Kanner und bedient sich bereits bestehender Theorien. Das Gesamtgefüge des Textes ist logisch und die verschiedenen Argumente bauen aufeinander auf und enden in einer sich daraus extrahierten Schlussfolgerung und einem Plädoyer für Veränderung in der Begleitung von Schwangeren, Müttern und Müttern mit Depressionen. Verweise oder Angaben an Quellen, welche einen anderen Standpunkt vertreten, sind nicht gegeben worden.

**JBI Checkliste kritische Bewertung (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))****Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Dolto (2014)

Titel: Early Emergence of the Subject through Haptonomic Antenatal Affective Contact

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Bei Dolto, C. handelt es sich um eine ärztliche und haptotherapeutische Fachperson und Autor\*in, sie ist bekannt als Haptonomie vertretende Person in Frankreich. Der Nutzen des Textes ist angepasst, auf die angesprochenen Lesenden, verschiedene Vorteile und im Zusammenhang stehende Outcomes sind thematisiert. Es wird mit einem kurzen Beispiel aus der erlebten Praxis ein Argument bzw. Umstand veranschaulicht. Die Meinung und Argumentation im Text ist nachvollziehbar. Es gibt Angaben zu weiterführender Literatur, jedoch sind ein Grossteil davon von Dolto, C. selbst oder in Zusammenarbeit mit Dolto, C. entstanden. Lediglich zwei weitere Quellen sind unabhängig von der stellungsnehmende Person. Es wird sich zur Erklärung auf andere Literatur bezogen, jedoch werden keine Argumente von anderen Publikationen oder Autor\*innen beigezogen, um die Argumente oder Statements zu untermauern oder kritisch zu hinterfragen.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Dolto (2018)

Titel: L'accompagnement pré- et postnatal par l'haptonomie.

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Bei Dolto, C. handelt es sich um eine ärztliche und haptotherapeutische Fachperson und Autor\*in, sie ist bekannt als Haptonomie vertretende Person in Frankreich. Der mögliche Nutzen der Haptonomie in bspw. der Prävention wird angesprochen und die Interessen der Population klar formuliert, da Vorteile formuliert sind. Der Verweis auf weitere Literatur ist formuliert und für Fragen wurde der Kontakt von Dolto, C. angegeben. Der Text führt keine Nachteile oder gegenteiligen Meinungen auf. Dies könnte jedoch auf die kurze und zusammenfassende Art des Textes zurückgeführt werden. Kongruenzen mit bereits bestehender Literatur werden nur wenig aufgeführt, und lediglich auf zwei andere Autor\*innen bezogen. Inkongruenzen sind keine beschrieben.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Dolto-Tolitch (2004)

Titel: L'haptonomie prénatale: une pensée du devenir de l'enfant

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Bei Dolto, C. handelt es sich um eine ärztliche und haptotherapeutische Fachperson und Autor\*in, sie ist bekannt als Haptonomie vertretende Person in Frankreich. Die Interessen der Population werden formuliert, beispielsweise Vorteile: weniger Pathologien, einfacheres Handling mit dem Ungeborenen bei medizinischen Untersuchungen, etc. Argumente und Grundannahmen sind beschrieben und bauen logisch aufeinander auf. Es ist keine übergreifende/finalen Schlussfolgerung formuliert. Es handelt sich um eine transkribierte Version eines mündlichen Beitrags, aufgrund dessen sind wahrscheinlich keine Referenzen/weiterführende Literatur angegeben. Andere Sichtweisen werden angesprochen, bspw. die von Psychomotoriker\*innen. Die eigene Meinung ist nachvollziehbar als Gegenstandspunkt formuliert. Zusammenarbeit mit anderen Fachärzt\*innen in Situationen wie beispielsweise Komplikationen bei Mehrlingsschwangerschaften, werden angesprochen. Der von verschiedenen Personen erkannte Nutzen wird formuliert.

## JBI Checkliste kritische Bewertung Randomisierte Kontrollierte Studien (RCT) (Adaptiert nach Tufanaru et al. (2020))

Autorenschaft (Jahr): Klabbers et al. (2018)

Titel: Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth?

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Wurde bei der Einteilung der Teilnehmenden zu den Interventions-/Kontrollgruppen eine Randomisierung durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wurde die Einteilung in Interventions-/Kontrollgruppen verborgen durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Waren die Interventions-/Kontrollgruppen zu Beginn der Studie vergleichbar?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Waren die Teilnehmenden verblindet in Bezug auf die Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. War das Personal, das die Behandlung durchführte, blind für die Behandlungszuweisung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Waren die Ergebnisprüfenden blind für die Behandlungszuweisung?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde die Interventions-/Kontrollgruppen, ausser der gewählten Intervention, identisch behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurde die Nachbeobachtung vollständig durchgeführt, und wenn nicht, wurden die Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die Nachbeobachtung angemessen beschrieben und analysiert?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurden die Teilnehmenden in den Gruppen analysiert, in die sie randomisiert eingeteilt worden waren?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurden die Ergebnisse in den Interventions-/Kontrollgruppen identisch gemessen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wurden die Ergebnisse auf zuverlässige Weise gemessen (Reliabilität)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wurde eine geeignete statistische Analyse durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. War das Studiendesign angemessen und wurden etwaige Abweichungen vom Standard-RCT-Design (individuelle Randomisierung, Parallelgruppen) bei der Durchführung und Auswertung der Studie berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Die Teilnehmerinnen wurden randomisiert mittels Programm zugeteilt, jedoch haben sich 25 der Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe entschieden sich aus eigenem Willen Haptonomie zu praktizieren. Dies hat einen Selection Bias zur Folge, da nach «as-treated» analysiert wurde. In der Interventionsgruppe befanden sich mehr Multiparen als in den Kontrollgruppen (normale SS-Vorsorge und Psychoedukation online). Weiter wird ein Selection Bias beschrieben, da alle Teilnehmerinnen, laut dem W-DEQ Fragebogen, an starker Angst vor der Geburt litten. Als klinisch relevante Gruppe wurden die 50% der Stichprobe ausgewählt, mit dem tieferen Mutter-Kind-Bindungsscore. Die Teilnehmerinnen wurden aufgrund der Art der Intervention nicht verblindet, jedoch war das behandelnde Personal nicht Teil des Forschungsteams. Dadurch waren diese nicht über den Hintergrund oder die unterschiedlichen Gruppen informiert. Die Ergebnisprüfenden waren nicht verblindet. Es wurde neben einer Varianzanalyse auch eine Regressionsanalyse mit der Veränderung der Mutter-Kind-Bindung als abhängige Variable und Parität sowie sozialer Support als beeinflussende Variablen durchgeführt. Diese ergab, dass die Intervention einen signifikant positiven Effekt auf die Mutter-Kind-Bindung (PRAM-Scores) hatte. Das Follow-up wurde

aufgeführt, jedoch wurden Ursachen für einen Ausstieg aus der Studie oder mögliche Zusammenhänge zwischen Resultaten und den zugeteilten Methoden nicht diskutiert. Dadurch wird die interne Validität gemindert. Die Reliabilität der Messinstrumente wird anhand des Cronbachschen Alpha vorgenommen und liegt zwischen 0.92-0.95. Es ist nicht ersichtlich wie viele Forschende die Analyse gemacht haben oder ob auf inter- und intraobserver Reliabilität geachtet wurde. Die Studie wurde durch das niederländische Medical Ethics Review Comitee ethisch genehmigt.

**JBI Checkliste kritische Bewertung****Randomisierte Kontrollierte Studien (RCT) (Adaptiert nach Tufanaru et al. (2020))**

Autorenschaft (Jahr): Klabbers et al. (2019)

Titel: Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Wurde bei der Einteilung der Teilnehmenden zu den Interventions-/Kontrollgruppen eine Randomisierung durchgeführt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wurde die Einteilung in Interventions-/Kontrollgruppen verborgen durchgeführt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Waren die Interventions-/Kontrollgruppen zu Beginn der Studie vergleichbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Waren die Teilnehmenden verblindet in Bezug auf die Behandlung?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. War das Personal, das die Behandlung durchführte, blind für die Behandlungszuweisung?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Waren die Ergebnisprüfenden blind für die Behandlungszuweisung?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde die Interventions-/Kontrollgruppen, ausser der gewählten Intervention, identisch behandelt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurde die Nachbeobachtung vollständig durchgeführt, und wenn nicht, wurden die Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die Nachbeobachtung angemessen beschrieben und analysiert?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurden die Teilnehmenden in den Gruppen analysiert, in die sie randomisiert eingeteilt worden waren?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurden die Ergebnisse in den Interventions-/Kontrollgruppen identisch gemessen?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wurden die Ergebnisse auf zuverlässige Weise gemessen (Reliabilität)?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wurde eine geeignete statistische Analyse durchgeführt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. War das Studiendesign angemessen und wurden etwaige Abweichungen vom Standard-RCT-Design (individuelle Randomisierung, Parallelgruppen) bei der Durchführung und Auswertung der Studie berücksichtigt?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Das RCT behandelt drei Fragestellungen zur Wirkung der Haptotherapie auf Geburtsangst, mentale Gesundheit und medikamentöse Interventionen. Die Rekrutierung fand zwischen 2012-2015 durch 35 Hebammen/Gynäkolog\*nnen in einem Lehrspital und über die dazugehörige Webseite statt. Die Zuweisung in die Gruppen fand randomisiert mit einem Programm statt. Nur Schwangere mit dem W-DEQ >84 wurden integriert. Alle Messinstrumente wurden mit einem Cronbachschen Alpha zwischen 0.88 und 0.95 gekennzeichnet, dies deutet auf eine hohe interne Konsistenz/Reliabilität hin. Fehler 1.Art wurde bei 5% Level angesetzt. Aufgrund primär tiefer Proband\*innenzahl, wurde die Rekrutierung bezogen auf den Behandlungszeitraum, sowie der Einschlusskriterien, angepasst (vom Dutch Medical Ethics Review Committee genehmigt). Eine Poweranalyse wurde durchgeführt, wobei eine Stichprobengrösse von minimal 64 Personen pro Gruppe eruiert wurde. Dies konnte leider nach einer Rekrutierungszeit von drei Jahren nicht erfüllt werden (Haptotherapie n=51, Psychoedukation via Internet n=39, normale Vorsorge n=44). Anhand von den Jacobson und Truax's Kriterien wurde eine Veränderung von minimal 16 Punkten des W-DEQ als signifikant betrachtet. Um die erste Fragestellung zu beantworten (Verringerung der

Geburtsangst durch Haptotherapie) wurden nur die beiden Messungen innerhalb der SS analysiert (dadurch wurde der mögliche Einfluss der erlebten Geburt minimiert). Für die zweite Fragestellung (mentales Wohlbefinden während SS und pp durch Haptotherapie) wurden zusätzlich Ergebnisse von Fragebögen pp analysiert. Da während des Prozesses einige der Probandinnen aus Eigeninteresse Haptotherapie in Anspruch genommen haben (n=25), wurde der W-DEQ in der Nachbehandlung so durchgeführt, dass die Probandinnen je nach ihrer Behandlungsform beurteilt wurden (as treated analysis). Schlussendlich wurde jedoch eine as-treated und intention-to-treat Analyse durchgeführt. Neben dem Wechsel von 25 Probandinnen sind 32 Probandinnen aus versch. Gründen während des Prozesses ausgestiegen. Die Gruppen haben sich bezüglich des W-DEQ, des Four Dimensional Symptom Questionnaire und des Social Support Questionnaire nicht signifikant unterschieden. Die analysierten Ergebnisse sind klar und verständlich dargestellt und wurden wie zuvor beschrieben analysiert. Regressions- und Varianzanalysen wurden angewendet. Am Ende der Studie werden Schwächen und Stärken der Studie thematisiert und kritisch beurteilt. Dabei wird zusätzlich erwähnt, dass die mitwirkenden Hebammen in der Gruppe der normalen Vorsorge womöglich einen starken Fokus auf starke Geburtsangst hatten und dadurch die Vorsorgen anders als sonst durchgeführt haben. Als Stärke wird gekennzeichnet, dass die Probandinnen bei der Wahl in der zugeteilten Gruppe zu bleiben oder diese zu wechseln, jeweils unterstützt wurden (erhöhte ökologische Validität). Als Ausblick, wird die simultane Verwendung eines kürzeren Fragebogens im Vergleich zur W-DEQ vorgeschlagen (bspw. Fear of Birth Scale). Finanzielle Unterstützung durch die Dutch Association of Haptotherapists und der Dutch Working Group on Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology wird erwähnt. Diese waren jedoch in keiner Weise an der Forschung oder am Schreiben der Studie beteiligt.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Revardel (2007)

Titel: Comprendre l'haptonomie

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
14. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Verfügt die stellungnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
18. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Bei Revardel handelt es sich um eine Fachperson der Haptopsychologie und Biologie. Revardel ist weiter ausbildungsleitend am Internationalen Zentrum für Forschung und Entwicklung der Haptonomie tätig. Bei der qualitativen Analyse lag der Fokus auf dem 1., 2. und 4. Kapitel des Buches, da die verwendeten Daten im Review aus den entsprechenden Kapiteln stammten. Ein grosser Teil des Textes ist eine Erklärung zur Haptonomie, der Text ist in sich stimmend aufgearbeitet und ergänzt sich nachvollziehbar. Revardel verweist im Text vermehrt auf andere unterschiedliche Autor\*innen, diese sind logisch und verständlich aufgeführt. Jedoch beschreibt er keine Publikationen, welche andere Ergebnisse oder Erklärungen für haptonomische Wirkungen haben, oder welche einen anderen Standpunkt vertreten.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Ricard-Guerroudi, N. (2006)

Titel: Haptonomie: de la préparation à l'accouchement global

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Es handelt sich um verschiedene stellungnehmende Fachpersonen aus der Geburtshilfe (vier Hebammen und zwei Gynäkolog\*innen) welche über ihre Arbeit in der Praxis und ihre Erfahrungen sprechen. Es ist nicht ersichtlich, ob sie Weiterbildungen oder andere Qualifikationen/Expertise bezüglich der Haptonomie vorzuweisen haben. Quellenangaben werden keine weiter gemacht. Es ist möglich, dass Aussagen vom Internationalen Haptonomie-Kongress zitiert wurden, ein Quellenverweis ist jedoch nicht aufgeführt. Kritik an der allgemeinen Anwendung der Haptonomie und Versprechen der Methode, werden geäußert, genauer wird darauf jedoch nicht eingegangen. Die Wirkung der Methode wird thematisiert, beispielsweise dass, die Haptonomie «angesichts der Übermedikalisierung versucht einen Beitrag an die Rehumanisierung der Geburt zu gewährleisten». Es wird lediglich eine weiterführende Quelle angegeben. Die geäußerten Meinungen und Aussagen der Fachpersonen sind nachvollziehbar, jedoch häufig nicht Prozess eines analytischen Prozesses. Es werden primär Arbeitsweisen, Erfahrungen und Erlebnisse mit der Haptonomie geteilt. Die Prozentangabe (unter 3% Sectio/Episiotomie/PDA) aus der eigenen Praxis einer gynäkologischen Fachperson wirft die Frage auf, wie die Zahlen erhoben worden sind, es werden keine Angaben dazu gemacht.

**JBI Checkliste kritische Bewertung** (Adaptiert nach McArthur et al. (2015))**Texte und Meinungen**

Autorenschaft (Jahr): Vinit (2009)

Titel: Réflexions autour de l'accompagnement haptomique de la grossesse

	Ja	Nein	Unklar	Nicht zutreffend
1. Ist die Quelle der Stellungnahme eindeutig identifizierbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verfügt die stellungsnehmende Person über Ansehen im Fachgebiet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen die Interessen der Population im Fokus der Stellungnahme?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist die dargelegte Sicht das Ergebnis eines analytischen Prozesses und ist die geäußerte Meinung nachvollziehbar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es Angaben zu bereits vorhandener weiterführender Literatur?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wird jegliche Kongruenz/Inkongruenz mit der Literatur oder den Quellen logisch begründet?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare: Bei der stellungsnehmenden Person handelt es sich um eine Fachperson der Psychologie und Soziologie, spezialisiert auf klinische Psychologie und Pathopsychologie. Die Person verfügt nach Einschätzung der Autorinnen des Scopingreviews über Ansehen im Fachgebiet. Interessen der Population stehen im Fokus: Die Grundprinzipien der Haptonomie werden umrissen, sowie ihre Möglichkeiten bezüglich der Erhaltung oder Förderung der Physiologie bspw. bei Bindungsproblemen, die die Mutter nach einer früheren Fehlgeburt oder aufgrund einer Risikoschwangerschaft erlebt. Es gibt weitere Referenzen zur Thematik, jedoch solche, auf welche sich im Text bezogen wurde. Dies macht es unwahrscheinlich, dass diese einen anderen Standpunkt vertreten. Reflexionen und Schriften von verschiedenen Autor\*innen werden bezogen, diese sind jedoch bezüglich Philosophie und Meinung ähnlich ausgerichtet wie Vinit.

### 11.3 Raster Literatursuche

Tabelle 6: Raster Literatursuche

Datum	Datenbank (Plattform)	Suchzeichenfolge (search string)	Einschränkungen, Filter Sortierung	Anzahl Treffer	Gelesene Titel	Gelesene Abstracts	Gelesene Volltexte	Eingeschlossene Studien / Reviews	Autorenschaft (Erscheinungsjahr)
06.05.22	Pubpsych	(Bindungsanalyse OR Haptonomy OR "fetal movement counting" OR "prenatal Bonding")	PY>=2002 PY<=2022	35	35	22	9	7	Blazy, H. (2012) Schroth, G. (2014) Hidas et al. (2021) Karrasch, C. (2019) Schroth, G. (2017) Klabbers et al. (2018) Vinit, F. (2009)
06.05.22	PubMed	(((((Haptonomy[Title/Abstract]) OR (fetal movement counting[Title/Abstract])) OR (prenatal bonding[Title/Abstract])) OR (antenatal bonding[Title/Abstract])) AND (((("Infant, Newborn"[Mesh]) OR ("Fetus"[Mesh])) OR (Baby[Title/Abstract])) OR (Unborn[Title/Abstract])) OR ("Mothers"[Mesh])) OR (Pregnant Women[Title/Abstract])))	Jahresfilter: 2002-2022	46	46	28	10	2	Bouychou et al. (2018) Dolto, C. (2018)
10.05.22	Cochrane	Haptonomy: ti,ab,kw OR "fetal movement counting":ti,ab,kw OR "prenatal Bonding":ti,ab,kw OR "Antenatal Bonding":ti,ab,kw	Jahresfilter: 2002-2022	39	39	14	8	0	
11.05.22	E-Periodica	Keywords einzeln	Jahresfilter: 2002-2022 Typ: Artikel, Heft	11	11	1	1	1	Djalalaj, M. (2008)
		Haptonomie		2	2	-	0	0	
		«fetal movement counting»		0	0	-	0	0	
		«Zählen fetaler Bewegungen»		0	0	-	0	0	
		Bindungsanalyse		0	0	-	0	0	
		“Prenatal bonding”		0	0	-	0	0	
“pränatale Bindungsförderung”		0	0	-	0	0			

11.05.22	Obstetrica.he-bamme.at	Keywords einzeln	Haptonomie	Jahresfilter: 2021-2022 -> Obstetrica auf E-Periodica nur bis 2020 ersichtlich, daher ergänzend zur Suche auf E-Periodica	3	3	-	0	0	
			«Fetal movement counting»/»Zählen fetaler Bewegungen»		0	0	-	0	0	
			Bindungsanalyse		0	0	-	0	0	
			Prenatal Bonding		2	2	-	0	0	
			«Pränatale Bindungsförderung»		0	0	-	0	0	
11.05.22	Zeitung.he-bammen.at	Suche in Inhaltsverzeichnissen der Zeitschriften nach Keywords: Haptonomie, «Fetal movement counting»/»Zählen fetaler Bewegungen», Bindungsanalyse/»Prenatal Bonding», «Pränatale Bindungsförderung»		Jahresfilter: 2013-2022 (alle Zeitschriften)	0	0	0	0	0	
11.05.22	dhz-online.de	Keywords einzeln	Haptonomie	Jahresfilter: 2004-2022 (alle Zeitschriften)	12	12	-	0	0	
			«Fetal movement counting»/»Zählen fetaler Bewegungen»		0	0	-	0	0	
			Bindungsanalyse		10	10	-	0	0	
			«Prenatal bonding»		0	0	-	0	0	
			«Pränatale Bindungsförderung»		0	0	-	0	0	
12.05.22	ProQuest Dissertations & Thesis A & I	((Haptonomie OR Haptonomy OR Bindungsanalyse OR "prenatal bonding" OR "fetal movement counting" OR "Zählen fetaler Bewegungen") AND (unborn OR newborn OR mother OR "pregnant women")) NOT (Infertility OR "Assisted reproductive technology")		Jahresfilter: 2002-2022 Sprachen: Englisch, Deutsch, Französisch	83	83	2	1	0	
12.05.22	APA Psycinfo	(Haptonomie or Haptonomy or Bindungsanalyse or "prenatal bonding" or "fetal movement counting" or "Zählen fetaler Bewegungen")		Jahresfilter: 2002-2022 Fields: Abstract	20	20	1	1	1	Dolto, C. (2004)
12.05.22	CINAHL Complete	AB Haptonomy OR AB Haptonomie OR AB Bindungsanalyse OR AB "prenatal bonding" OR AB "fetal movement counting" OR AB "Zählen fetaler Bewegungen"		Jahresfilter: 2002-2022	30	30	2	1	0	
13.05.22	Google Scholar	allintitle: Haptonomy OR Haptonomie OR "prenatal bonding" OR Bindungsanalyse OR "fetal movement counting" OR "zählen fetaler Bewegungen"		Jahresfilter: 2002-2022 Sprachen: Deutsch, Französisch, Englisch	120	120	28	21	7	Schroth, G. (2010) Brunhild, S. (2015) Buchebrner-Ferstl & Geserick (2016) Ensel, A. (2010) Adam, E. (2012) Dolto-Tolitch, C. (2004) Revardel, J.L. (2007)

19.05.22	Profession sage-femme	Keywords einzeln	Haptonomie		5	5	1	0	0	
			"Fetal movement counting"/"mouvement foetaux"		1	1	0	0	0	
			Bindungsanalyse		0	0	0	0	0	
			Hidas et Raffai		0	0	0	0	0	
			Prenatal Bonding		0	0	0	0	0	
19.05.22	EM Consulte	Keywords einzeln	Haptonomie	Zeitschriften: Vocation sage-femme, La revue sage-femme	0	0	0	0	0	
			"Fetal movement counting"/"mouvement foetaux"		38	11	0	0	0	
			Bindungsanalyse		0	0	0	0	0	
			Hidas et Raffai	Filter: Titre, mots, clés, résumé	53	53	1	0	0	
			Prenatal Bonding		38	3	0	0	0	

## 11.4 Theorie und Datenquellen Fetal Movement Counting

Kindsbewegungen werden von Erstgebärenden erstmals zwischen der 20.-22. SSW wahrgenommen, Mehrgebärende erkennen diese oftmals bereits zwischen der 18.-20. SSW. Jedoch ist dies sehr individuell, da beispielsweise fehlende Aufmerksamkeit auf die Kindsbewegungen, oder eine Vorderwandplazenta, das Erkennen und Verspüren der Kindsbewegungen erschweren kann. Zudem werden die Kindsbewegungen von Schwangeren unterschiedlich wahrgenommen (Lange, 2010). Im Rahmen einer Schwangerschaftsvorsorge, wird die Klientin von der Hebamme zu den Kindsbewegungen und der allgemeinen Aktivität des Ungeborenen befragt (Medforth et al., 2011). Beim Auszählen der fetalen Bewegungen gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen.

Aus den 70er Jahren besteht die Cardiff-Methode von Pearson und Weaver. Diese umfasst das Zählen von zehn fetalen Bewegungen am Morgen nach dem Aufwachen der Mutter. Im ähnlichen Zeitraum, entwickelte Sadovsky eine weitere Methode, welche die Schwangeren anleitet, dreimal am Tag, nach jeder Hauptmahlzeit, vier Kindsbewegungen zu zählen (Freda et al., 1993).

Stiefel und Schwarz (2020) beschreiben, dass Kindsbewegungen auch gegen Ende der SS regelmässig zu verspüren sind. Ein anhaltendes Nachlassen der Kindsbewegungen ist nicht physiologisch und bedarf weiterer Abklärungen. Allgemein ist das systemische Zählen und Beobachten fetaler Bewegungen in physiologischen SS umstritten. Ein wichtiger Aspekt des Zählens der fetalen Kindsbewegungen ist es jedoch, dass die Schwangeren dabei aktiv mit eingebunden werden. Zudem lernen die werdenden Mütter dadurch ihre ungeborenen Kinder besser kennen und werden selbst Expertinnen über ihre SS und das Ungeborene (Stiefel & Schwarz, 2020).

Tabelle 7: provisorische Übersicht Datenquellen Fetal Movement Counting

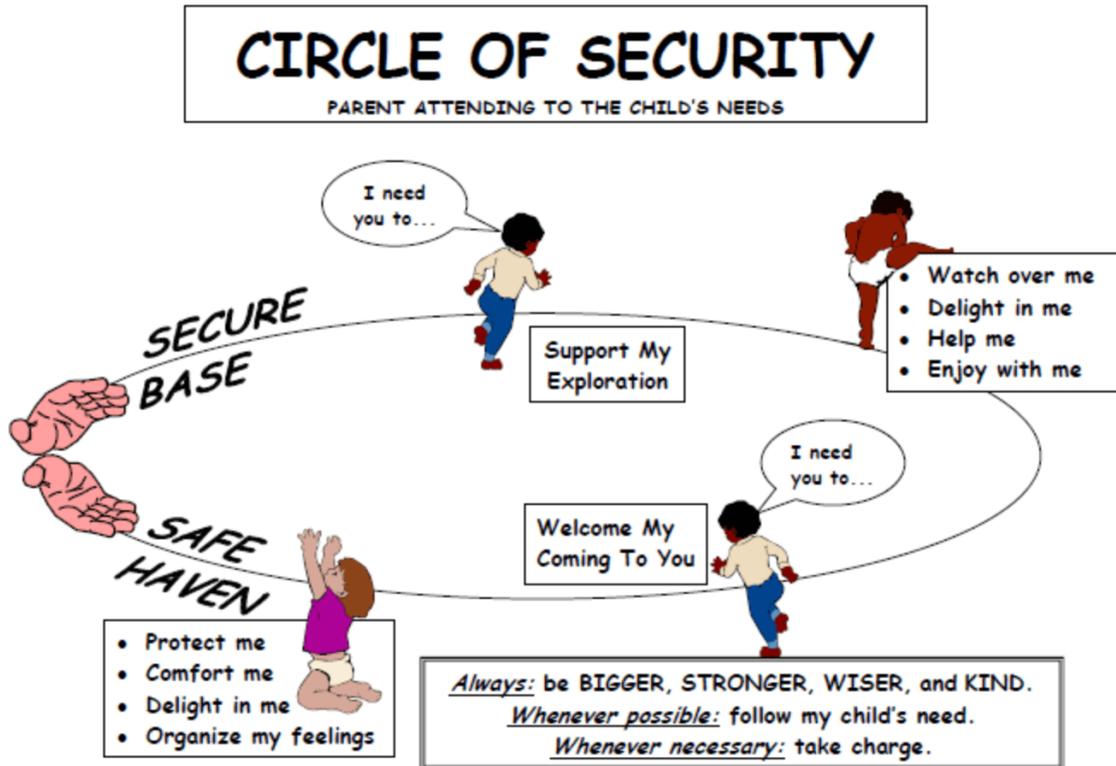
Fetal Movement Counting					
Autorenschaft (Jahr)	Titel	Design	Stichprobe/Setting	Methode/Intervention	Relevante Ergebnisse
AlAmri und Smith (2022)	The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis	Metaanalyse/systematisches Review	Neun Studien mit 15 Publikationen mit totaler Stichprobengrösse von 70'824 Schwangeren.	Randomisierte und quasi-randomisierte Studien wurden eingeschlossen.	Maternal-Fetal-Attachment (MFA) signifikant höher bei FMC. Kein Unterschied bezüglich Angst oder Sorgen der Mütter. Kein Unterschied bei SS-Kontrollen bezüglich verminderter Kindsbewegungen oder Besorgnis über fetale Aktivität  Höhere MFA-Werte korrelieren positiv mit niedrigen Werten von Angst, Besorgnis oder Beunruhigung
Asari und Tiwari (2020)	Relation of fetal movement counting with prenatal attachment and maternal worries	Literaturreview	10 integrierte Studien (nicht alle rein über FMC, kurze Resultate & Analyse)	Untersuchung von: FMC vs. SS-Vorsorge vs. Angst bei Primigravidas	FMC kann Ängste und Beunruhigung Erstgebärender reduzieren  Hilft beim Aufbau der pränatalen Bindung
Bekiou und Gourounti (2020)	Reduced Fetal Movements and Perinatal Mortality	Systematisches Review	12 integrierte Studien	Vergleich verminderte Kindsbewegungen, Totgeburt und perinatale Morbidität	Zusammenhang zwischen Totgeburt und Veränderungen in Bewegungsqualität und -quantität des Fetus. möglich
Bellussi et al. (2020)	Fetal Movement Counting and perinatal mortality: systematic review and meta-analysis	Metaanalyse/systematisches Review	Fünf integrierte Studien (468'601 Feten)	Vergleich FMC und Auswirkungen perinatale Mortalität	Kein signifikanter Unterschied bezüglich perinataler Mortalität, geringfügig signifikant höhere Frühgeburtenrate, Geburtseinleitungsrate und Kaiserschnitt-rate.
Callaghan (2018)	The role of fetal movement counting and 'kick charts' to reduce stillbirths in pregnancies >28 weeks' gestation	Systematisches Review	Sieben inkludierte Studien	Vergleich FMC und Totgeburten	Keine eindeutigen Evidenzen, dass routinemässiges FMC Totgeburten reduziert. Indirekte Evidenzen deuten darauf hin, dass erhöhtes Bewusstsein von Müttern und Fachkräften bezüglich Fetal Movement Totgeburten reduziert werden könnten

Chauveau et al. (2016)	Use of fetal movements counting for prolonged pregnancy: A comparative preliminary cohort study before and after implementation of an information brochure	Kohortenstudie	320 Schwangere während SSK in der Klinik (41+0) gefragt	Interventionsgruppe, welche über FMC Methode mittels Broschüre informiert wurde und Kontrollgruppe, welche im Klassischen Setting betreut wurde	FMC Gruppe weniger SS-Kontrollen wegen reduzierten Kindsbewegungen kein unterschied bezüglich der perinatalen Morbidität
Debord (2011)	To evaluate the role of fetal movement counting and amnioscopy in the management of prolonged pregnancies	Literaturreview	35 Artikel/Studien inkludiert	Vergleich FMC und Amnioskopie bei Terminüberschreitung	FMC bei Terminüberschreitung kann perinatale Morbidität und Mortalität nicht reduzieren  Amnioskopie sollte nicht als Diagnose-tool verwendet werden: Keine Aussage über Fruchtwasser
Delaram et al. (2017)	Fetal Movement Counting and Maternal Depression: A Randomized, Controlled Trial	RCT	66 Schwangere mit milder/moderater Depression nach Beck Depression Inventory Scale  Interventionsgruppe n= 32 Kontrollgruppe n= 34	Interventionsgruppe= FMC 28-37 SSW  Untersuchung mit BDI	Kein signifikanter Unterschied bezüglich Depressionen in der 37. SSW zwischen den beiden Gruppen festzustellen  Kein signifikanter Unterschied bezüglich maternaler Angst bezüglich verminderter Kindsbewegungen
Demirkan et al. (2020)	Effectiveness of Fetal Movement Counting and Imagining Fetus Position to Prenatal Attachment and Depressive Symptoms in Pregnant Women in 24-28th Gestational Week	RCT	70 Schwangere in 24-28 SSW, je 35 Schwangere	Interventionsgruppe= 10 Kindsbewegungen zählen + Berührung Bauch und Vorstellung der Kindsposition  Beide Gruppen am Ende Prenatal attachment inventory und Beck Depression Inventory Scale	Interventionsgruppe: Keine signifikanten Auswirkungen auf Depressionen, signifikante Auswirkungen auf die Bindung  Kontrollgruppe: Keine signifikanten Veränderungen auf Depression und Bindung  FMC hat einen positiven Effekt auf pränatale Bindung, keinen Einfluss auf peripartale Depression
Koshida et al. (2021)	Fetal movement counting is associated with the reduction of delayed maternal reaction after perceiving decreased fetal movements: a prospective study	Prospektive, quantitative Studie	Untersuchung von 222 Totgeburten	Vergleich Rate: Totgeburten ohne/mit FMC und Wirkung auf die Wartezeit bei verminderten Kindsbewegungen (verspätete Hilfe/delayed visits >24h)	Reduktion der Totgeburtenrate nicht signifikant  Signifikanter Unterschied bezüglich Wartezeit bei verminderten Kindsbewegungen (gesunken nach FMC)

Mohapatra et al. (2021)	Effect of Fetal Movement Count Training (FMCT) on Prenatal Bonding and Maternal Anxiety among Primigravida Women	Quantitativ, experimentelles Design	173 Schwangere, Primi, >28 SSW Experimentengruppe n=87 Kontrollgruppe n= 86	Experimentengruppe= Instruktionen und 28-Tage-Chart + Telefongespräche Post-assessment nach 28 Tagen durch Interviews Maternal Antenatal Attachment Scale und Self structured anxiety scale	Erhöhung MFA/Reduzierung maternalen Angst signifikant innerhalb der Experimentengruppe Keine signifikante Verbesserung in Kontrollgruppe zu erkennen Im Vergleich zur Kontrollgruppe nur Erhöhung MFA signifikant, Reduzierung maternalen Angst nicht signifikant
Mangesi et al. (2015)	Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing	Metaanalyse/Cochrane-Review	Fünf RCT (71'458 Schwangere)	FMC als Instrument zur Erkennung des kindlichen Wohlbefindens	Kein Unterschied bezüglich Kaiserschnittraten, Trend zu weniger Frühgeburten, Kein Unterschied bezüglich MFA
Salehi et al. (2017)	The Effect of Education of Fetal Movement Counting on Maternal-Fetal Attachment in the Pregnant Women: a Randomized Controlled Clinical Trial	RCT	52 Schwangere (2. Trimenon) Interventionsgruppe n= 23 Kontrollgruppe n= 29	Interventionsgruppe= FMC-Training mit anschließender Durchführung zwischen 24-28. SSW Ende 28. SSW MFA von Interventions- und Kontrollgruppe	MFA vor der Intervention kein Unterschied Nach der Intervention signifikanter Unterschied in der Interventionsgruppe= erhöhtes MFA
Autorenschaft (Jahr)	Titel	Art der Quelle	Relevante Ergebnisse/Erkenntnisse		
Frøen et al. (2008)	Fetal Movement Assessment	Zeitungsartikel	<p>FMC: Aufmerksamkeit/Wachsamkeit der Schwangeren täglich fördern und Screening durch subjektive Wahrnehmung von verminderten Kindsbewegungen</p> <p>FMC im Liegen gut zu erkennen/messen: Verfälschung durch andere Position, Aktivität, Stress, Blutzucker, Koffein, Rauchen, wenig Aufmerksamkeit</p> <p>Verschiedene FMC Methoden</p> <p>Eigene Forschung: Meist 10x in 10min. verspürt: bei Schwangeren, welche 10x in 2h verspürt haben (Beginn 3. Trimenon) = erhöhtes Risiko FG (5,5(P=0.001)), Notsectio (3(P=0.024)), Small for gestational age (2.4(P =0.057)) (Sensitivität 12,7,6%)</p> <p>Forschungsbedarf wird aufgezeigt</p>		

### 11.5 Grafik «Kreis der Sicherheit»

Abbildung 43: "Kreis der Sicherheit" nach Cooper et al. (1999 & 2000)



## 11.6 Poster

# Bindung von Anfang an: pränatale Bindungsförderung und ihre Wirkung auf Mutter und Kind Ein Scopingreview

Marina Burkhardt, Michelle Rohrer  
Studiengang BSc Hebamme 19 Typ I, Bachelor-Thesis, 2022

### Einleitung und theoretischer Hintergrund

Einer sicheren Bindung oder Beziehung werden vielfältige positive Auswirkungen zugesprochen<sup>1,2</sup>. Der Prozess von Beziehung und Bindung beginnt bereits vorgeburtlich<sup>3</sup>. Mit Bindungsanalyse und Haptonomie soll dieser Prozess in der Schwangerschaft unterstützt werden können<sup>4,5</sup>.

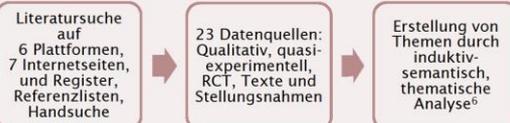
#### Ziele

Übersicht wissenschaftlicher Erkenntnisse zu pränataler Bindungsförderung und ihrer Wirkung erstellen.  
Forschungsbedarf aufzeigen und Empfehlungen formulieren zur Optimierung von Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung.

#### Fragestellung

Welche Wirkung hat die Förderung der pränatalen Bindung mittels Bindungsanalyse und Haptonomie auf Mutter und Kind?

#### Methoden



#### Ergebnisse

- Vorgeburtliche Förderung von Kommunikation<sup>7,8,10</sup>, Bindung und Beziehung<sup>9,11,12</sup> sowie Rollenfindung<sup>7,10,15</sup> in der Triade
- Veränderung der Körperwahrnehmung<sup>7,14</sup> und Abnahme von Schwangerschaftsbeschwerden<sup>7,11,12,13</sup>
- Abnahme von Ängsten, Verarbeitung von Themen und Traumata<sup>8,16,17</sup>
- Kindliche Entwicklung wird gefördert: Autonomie, Körperwahrnehmung, Persönlichkeit<sup>7,18,19</sup>
- Geburtsvorbereitend für Kind, Mutter, Partner\*in<sup>11,19, 20</sup>
- Differenzierung der Individuen in der Mutter-Kind-Dyade, Unterstützung des Ablösungsprozesses für die Geburt<sup>7,8,18,22</sup>
- Förderung von Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit<sup>11,15,20</sup> und veränderter Umgang mit Herausforderungen<sup>8,17</sup> der Eltern peripartal
- Einfluss auf geburts hilfreiche Outcomes<sup>12,18,21</sup>

### Diskussion

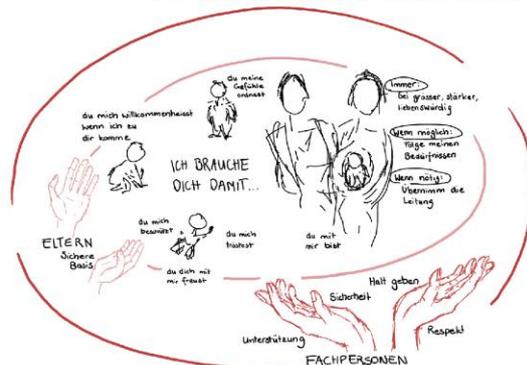
Mögliche weitere Auswirkung von Bindungsförderung:

- Eltern in ihren Kompetenzen unterstützen<sup>2,23</sup>
- Rechte des Ungeborenen wahren<sup>23</sup>
- Positive Auswirkungen auf die Gesundheit im Wochenbett und im weiteren Leben<sup>16,24</sup>
- Chancengleichheiten mindern<sup>25</sup>
- Transgenerationale Auswirkungen durch Epigenetik<sup>24,26</sup>

**⚡** Schwangerschaftsbetreuung grösstenteils durch ärztliche Fachpersonen<sup>27</sup> mit Fokus auf Risikominimierung, fehlende Kostenübernahme und Bekanntheit der Methoden

**☁** Für Gesundheitsförderung und Prävention: Der adaptierte „Kreis der Sicherheit“ als Hilfestellung für Fachpersonen zur Implementierung von Bindungs- und Beziehungsförderung?

Von den Autorinnen adaptierter „Kreis der Sicherheit“ nach Powell et al. (2015)



### Schlussfolgerung

- ♥ Bindungs- und Beziehungsfördernde Schwangerschaftsbegleitung hat potenziell systemische und positive Auswirkungen auf die Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach für Kind, Mutter und Partner\*in.
- ⊕ Gesundheitsfördernde und präventive Wirkung der Methoden im peripartalen Bereich, für das weitere Leben sowie transgenerational sind möglich.
- 💰 Durch Prävention können Krankheitskosten eingespart werden<sup>28</sup>. Der Zugang zu den Methoden sollte durch eine Kostenübernahme der Krankenkasse erleichtert werden.
- 📚 Der Thematik sollte in Fachkreisen mehr Interesse und Aufmerksamkeit geschenkt werden.
- 🎓 Weitere Forschung ist aufgrund einer Forschungslücke im frühkindlichen<sup>29</sup> und pränatalen Bereich sinnvoll.

<sup>1</sup> Bowlby (2018), <sup>2</sup> Powell et al. (2015), <sup>3</sup> More (2006), <sup>4</sup> Schroth (2009a), <sup>5</sup> Dolto-Tollch (1997), <sup>6</sup> Braun & Clarke (2006), <sup>7</sup> Hidas et al. (2021), <sup>8</sup> Bucheberger-Ferrel & Genesick (2016), <sup>9</sup> Renardel (2007), <sup>10</sup> Dolto-Tollch (2004), <sup>11</sup> B. Schmid (2015), <sup>12</sup> Djajali (2004), <sup>13</sup> Kläbers (2018), <sup>14</sup> Djajali (2008), <sup>15</sup> Ensel (2010), <sup>16</sup> Vinit (2009), <sup>17</sup> Kläbers (2019), <sup>18</sup> Schroth (2014), <sup>19</sup> Decant-Paoli (2018b), <sup>20</sup> Adam (2012), <sup>21</sup> Ricard-Gerroudi (2006), <sup>22</sup> Dolto-Tollch (2018), <sup>23</sup> ISPPM (2005), <sup>24</sup> Raffai (2012), <sup>25</sup> Obsan (2020), <sup>26</sup> Dolto (2014), <sup>27</sup> Gryka-Bäschlin & Borner (2021), <sup>28</sup> Jean-remaud et al., zitiert nach Obsan (2020), <sup>29</sup> BAG (2018). Vollständige Literaturangaben bei den Autorinnen erhältlich: Burkhardt, M. & Rohrer, M. (2022). Bindung von Anfang an: pränatale Bindungsförderung und ihre Wirkung auf Mutter und Kind- ein Scopingreview (Unveröffentlichte Bachelorthesis). Berner Fachhochschule Bibliothek Fachbereich Gesundheit.

## 11.7 Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.

Titel der Arbeit: Bindung von Anfang an: pränatale Bindungsförderung und ihre Wirkung auf Mutter und Kind – ein Scopingreview

Name, Vorname Burkhardt, Marina Carlotta (Matrikel-Nr. 19-262-328)  
(Matrikel-Nr.): Rohrer, Michelle Jana (Matrikel-Nr. 19-262-476)

Ort, Datum: 05.08.2022

Unterschrift:

  
M. Rohrer