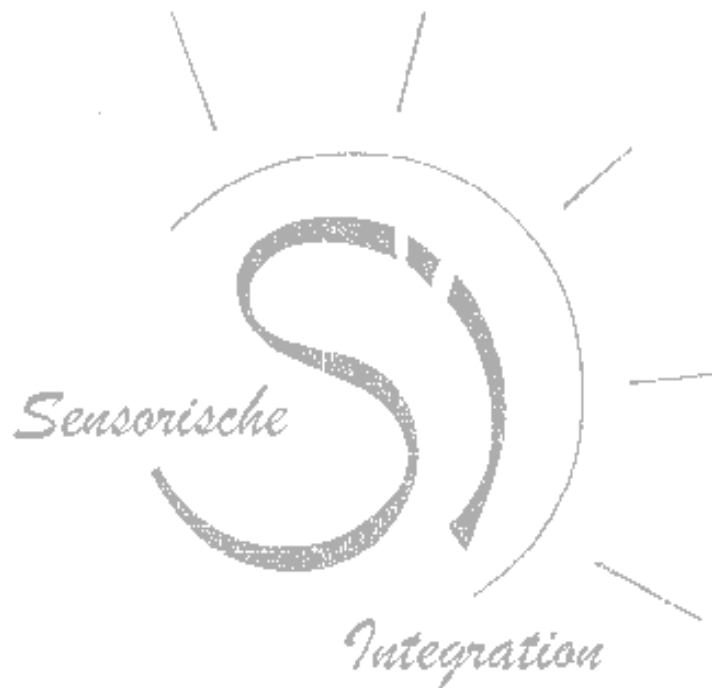


Praktikumsbericht für den Fachbereich Pädiatrie

von Frau XY



**Praktikumsstelle: Ergotherapiepraxis
Musterstr 150
99999 Musterhausen**

Musterhausen, März 2001

„Jedes Mal, wenn wir
einem Kind etwas
beibringen,
hindern wir es daran,
es selbst zu
entdecken.“

JEAN PIAGET

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Vorstellung der Praktikumseinrichtung	1
2. Angaben zum Patienten	1
3. Anamnese	2
3.1. Medizinische Anamnese	
3.2. Sozialanamnese	
4. Allgemeine Beschreibung des Krankheitsbildes	3
4.1. Definition von Sensorischer Integration (SI)	
4.2. Definition von SI-Störung	
4.3. Ursachen von SI-Störung	
4.4. Symptome von SI-Störung	
4.5. SI-Therapie und Therapiegrundsätze	
5. Ergotherapeutischer Befund	10
5.1. Sensorische / perzeptive Entwicklung	
5.2. Koordination	
5.3. Funktionell	
5.4. Psychosoziale Entwicklung	
5.5. Kognition / Handlungskonzepte	
5.6. Spielentwicklung	
5.7. Sprache	
6. Behandlungsziele	13
7. Behandlungsplan	13
7.1. Methode	
7.2. Behandlungsmedien	
7.3. Grundsätze	
8. Behandlungsverlauf	15
9. Planung der Sichtstunde	17
10. Literaturverzeichnis	18
Anhang	

1. Vorstellung der Praxiseinrichtung

Die Praxisgemeinschaft besteht seit 1986 und ist besetzt mit fünf Ergotherapeutinnen und drei Ergotherapeuten. Die Praxis ist, neben einigen neurologischen Patienten, auf den Fachbereich Pädiatrie spezialisiert.

Räumlichkeiten:

- ? Ein **großer SI-Raum** in dem sich verschiedene Schaukeln, ein Air-Tramp, eine Sprossenwand, eine Rampe für Rollbretter, Bälle in verschiedenen Größen, Rollen, Matten, ein Boxsack, ein großes Netz zum Klettern, Senssäckchen und Seile verschiedener Stärken und Längen befinden.
- ? In der **Werkstatt** bieten sich die Möglichkeiten zur Verarbeitung von Peddigrohr, Speckstein, Holz, Ton, Papier und anderen kreativen Techniken.
- ? Der **Dinoraum** erhielt seinen Namen durch einen riesigen Stoffdinosaurier, der fast den ganzen Raum einnimmt. Weiterhin befinden sich dort Musikinstrumente, verschiedene Massagegeräte, Tast- und Hörmemories und anderes.
- ? In einem **kleineren Raum** befindet sich ein großes Bällchenbad, eine Bohnenkiste, eine Brettschaukel, ein Trampolin und ein Regal mit verschiedenen Spielsachen.
- ? Der **Ruheraum** ist ausgestattet mit einer gemütlichen Sitzecke und einem Tisch mit Stühlen. Er wird meistens genutzt für Testdurchführungen, Elterngespräche und Teambesprechungen.
- ? Weiterhin gehören zur Praxis: ein Büroraum, eine Küche, Lagerraum, WC und ein Raum mit einem Brennofen.

2. Angaben zum Patienten

Name: Jan (geändert)
Alter: 6,2 Jahre
Geschlecht: männlich
Diagnose: sensorische Integrationsstörung mit ataktischer Bewegungsstörung und Tonuserhöhung in den Beinen

3. Anamnese

3.1. Medizinische Anamnese

Schwangerschaftsverlauf und Geburt

Jans Mutter hatte während der Schwangerschaft eine Thrombose und musste aus diesem Grund lange liegen. Vierzehn Tage nach dem errechneten Geburtstermin wurde die Geburt eingeleitet. Da während der Geburt die Herztöne des Ungeborenen nicht mehr zu hören waren, wurde eine Notsectio durchgeführt. Jan wurde sofort nach der Geburt in ein Kinderkrankenhaus verlegt, die Mutter konnte ihn erst nach drei Tagen sehen.

Besondere Krankheiten

Mit einem Monat hatte er einen Leistenbruch und musste wieder ins Krankenhaus. Ansonsten hatte er die üblichen Infekte. In den letzten zwei Jahren hatte er häufig Ohrenentzündungen mit chronischem Paukenerguß. Seitdem hat er Schwierigkeiten beim Hören.

Anfang dieses Jahres fiel Jan von einer Rutsche, wobei er sich eine Hirnprellung und ein Hämatom hinter dem Auge zuzog. Aus diesem Grund musste er operiert werden und hatte wieder einen längeren Krankenhausaufenthalt, wodurch er einen erheblichen Entwicklungsrückschritt besonders in der koordinativen Leistung erlitt. Das Hämatom hat sich noch nicht vollständig zurückgebildet.

Entwicklung im ersten Lebensjahr

Jan zeigte als Baby keine Auffälligkeiten. Mit ca. acht Monaten krabbelte er und mit vierzehn Monaten lief er. Allerdings war er sehr oft unruhig und schlief wenig. Er spielte sehr unruhig und hatte dabei keine Ausdauer. Ansonsten verfolgte er sehr viel mit den Augen. Er wurde sehr lange gestillt, da er Probleme beim Kauen hatte. Auf vestibuläre Reize reagierte er sehr gut.

Weitere Entwicklung

Jan hatte eine späte Sprachentwicklung, er begann erst mit ca. drei Jahren zu sprechen. Sein Sprachverständnis war aber sehr gut.

Aufgrund einer deutlich sichtbaren Tonuserhöhung in den Beinen, lief er mit ca. siebzehn Monaten auf Zehenspitzen. Da dieser Zehengang auch heute noch manchmal sichtbar ist, bekommt er immer noch Krankengymnastik. Aufgrund seiner Ataxie warf er viel um und ließ Dinge fallen. Dadurch wirkte er sehr ungeschickt. Als Kleinkind war er sehr waghalsig und konnte Gefahren nicht einschätzen. Er konnte nie lange in einem Raum bleiben und lief immer wieder weg.

Obwohl er oft abgespannt und müde wirkte, war er unermüdlich und zappelig. Bilder anschauen und Geschichten zuhören mochte er gerne.

Bei neuen Situationen brauchte Jan immer etwas Zeit, bis er sich angepasst hatte. Wenn er morgens in den Kindergarten gebracht wurde, fiel es ihm sehr schwer seine Mutter gehen zu lassen.

3.2. Sozialanamnese

Jan wohnt in einer Stadt in einem intakten Elternhaus und hat keine Geschwister. Momentan besucht er einen Kindergarten und wird im Sommer dieses Jahres in einer Sprachheilschule eingeschult.

4. Allgemeine Beschreibung des Krankheitsbildes

Aufgrund der Probleme die der Geburt liegt zusätzlich eine minimale Cerebralparese in Form einer Ataxie vor, die aber in der folgenden Arbeit nicht näher erläutert wird. Im Vordergrund steht die Störung der sensorischen Integration.

4.1. Definition von sensorischer Integration (SI)

SI ist die Nutzbarmachung der Sinneseindrücke. Dieser Vorgang findet im Gehirn statt. Dort werden an bestimmten Zentren die verschiedenen Sinneseindrücke gefiltert, geordnet, verglichen und als Erfahrung gespeichert. SI ist ein Teil der frühen Entwicklung des Menschen, das heißt sie ist vor dem bewussten Lernen vorhanden. Lernen ist eine komplexe Funktion des Gehirns. Ohne das integrative Zusammenwirken des ganzen Gehirns ist Lernen und Anpassungsfähigkeit an die Umwelt stark beeinträchtigt.

Integration stellt eine Art von sich ordnen dar. Etwas zu integrieren heißt, die unterschiedlichen Teile zu einem Ganzen zusammenzubringen. Wenn etwas integriert ist, arbeiten alle Teile als Einheit zusammen.

SI ist die bestmögliche Verarbeitung und Beantwortung von Sinnesinformationen für die erwünschte Handlung.

Für die Therapie ist von Bedeutung, dass die Wahrnehmungsentwicklung nach *Affolter* in drei großen Entwicklungsstufen erfolgt:

- 1.) Modale Stufe:
jeweils spezielle Leistungen der einzelnen Sinnesorgane werden ausgebildet.
- 2.) Intermodale Stufe:
Leistungen oder Funktionen, die zwischen den verschiedenen Sinnessystemen stattfinden. Fähigkeit, die einzeln Empfindungen und Wahrnehmungen miteinander zu koordinieren.
- 3.) Serielle Stufe:
Ist dann vorhanden wenn das Kind die Einzelwahrnehmung nun auch zeitlich und räumlich einordnen kann. Das zeigt sich vor allem in der Nachahmung und der Reproduktion.

Die Entwicklungsstufen bauen aufeinander auf und werden zu einer Einheit verknüpft. Im Laufe der Entwicklung wird die Integration der Sinne normalerweise zu einem automatisierten, fortwährenden Prozess. Grundlegend ist die Eigenwahrnehmung, die schon vor der Fremdwahrnehmung beginnt. Die Eigenwahrnehmung findet durch die Basissinne statt. Der eigene Körper muss gefühlt, ausprobiert und erfahren werden, bevor sich das Kind weiterentwickeln kann, bzw. gehört dies zur Entwicklung dazu. Wenig später und dann parallel zur Eigenwahrnehmung setzt die Fremdwahrnehmung bzw. die Wahrnehmung der Umwelt durch die Fernsinne ein. Die Umwelt wird von dem Kind erforscht und muss im wahrsten Sinne des Wortes „begriffen“ werden.

Dieses Wissen, dass eines auf dem anderen aufbaut und eine bestimmte Entwicklungsstufe erst durchlaufen werden muss, ist eine wichtige Erkenntnis für die Therapie. Es bedeutet: Man kann nur mit dem Kind sinnvoll und erfolgreich arbeiten, wenn die Therapie in der entsprechenden Entwicklungsphase des Kindes ansetzt.

Die Basissinnessysteme:

- 1.) Vestibuläres System (Gleichgewichtssinn)
Reize werden über Bogengänge und Vorhof des Innenohres aufgenommen. Wir nehmen Beschleunigung und Verlangsamung von Bewegungen sowie Richtungsänderungen wahr. Das vestibuläre System ist zur Auseinandersetzung mit der Schwerkraft und zur Tonusregulation notwendig.

2.) Propriozeptives System (Tiefensensibilität)

Reize werden über Muskeln, Sehnen, Gelenke, Bänder und Knochen aufgenommen. Wahrgenommen werden Druck, Zug, Widerstand, Tonusveränderungen, Vibration und Stellungen der Gelenke im Raum. Dies wird auch als Stellungs-, Bewegungs- und Kraftsinn bezeichnet.

3.) Taktiler System (Tastsinn)

Reize werden über die Haut und Haarbälge aufgenommen. Es werden Temperaturen, Druck, Oberflächenqualität, Form, Konsistenz und Schmerz wahrgenommen.

Man unterscheidet:

- a) protopatischer Tastsinn (Sinn für Berührtwerden)
- b) epikritischer Tastsinn (Sinn für unterscheidendes Berühren)

Die Fernsinne: (dienen der Wahrnehmung der Umwelt)

- 1. hören (auditiver oder akustischer Sinn)
- 2. sehen (visueller Sinn)
- 3. riechen (olfaktorischer Sinn)
- 4. schmecken (gustatorischer Sinn)

Integrierte Basissinne sind die Grundlage für die optimale Entwicklung der Fernsinne.

Wenn alle Sinne des Menschen, sein Nervensystem und sein Körper optimal zusammenarbeiten, nennen wir dies Integration. Dadurch sind anpassende motorische Reaktionen möglich. Das heißt, es können den einwirkenden Sinnesreizen angemessene motorische Reaktionen folgen. Dies passiert fortwährend im Spiel von Kindern und ist die Grundlage für weitere Fähigkeiten bzw. Lernprozesse.

4.2. Definition von SI-Störung

Bei SI-Störungen handelt es sich um Störungen in der Aufnahme, Weiterleitung oder Verarbeitung von Sinnesreizen. Wichtige Informationen können nicht von unwichtigen getrennt werden. Sie ist eine Verarbeitungsstörung und wird sichtbar an den Reaktionen des Kindes. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Reaktion. Es kommt entweder zu einer Reizhemmung, bei der der Widerstand, den der eingehende Reiz überwinden muss, zu hoch ist und die Rückmeldung über den Eingang des Reizes zu schwach ist. Oder es kann zu einer Überreizung kommen, wobei der zu überwindende Widerstand zu niedrig ist. Dies bewirkt eine zu starke Rückmeldung, und der Reiz kann nicht integriert werden (Überbelastung des Systems; es kann zu Abwehr- und Vermeidungsreaktionen kommen).

Meist liegen die Störungen im Bereich der basalen Sinne. Es können dadurch auch die anderen Sinnensysteme beeinträchtigt sein. Beim Kleinkind kann man die Probleme in den einzelnen Basissinnessystemen differenziert beobachten. Bei älteren Kindern ab ca. 4 Jahre kann nur von Mischformen gesprochen werden. Da die Basissinnessysteme so eng zusammen arbeiten ist die SI-Störung in der Gesamtheit zu betrachten.

4.3. Ursachen von SI-Störung

Für Schwierigkeiten und Verzögerungen in der Entwicklung gibt es meist mehrere Ursachen, die nicht immer eindeutig festzustellen sind.

Mögliche Ursachen können sein:

Pränatale Faktoren

- ? genetische Disposition
- ? Infektionskrankheiten während der Schwangerschaft
- ? chemische Faktoren
- ? Ernährungsfaktoren
- ? Intoxikationen (Alkohol, Drogen, Nikotin, Medikamentenmißbrauch) während der Schwangerschaft
- ? mangelnde Reizangebote in der Schwangerschaft, z.B. langes Liegen

Perinatale Faktoren

- ? Sauerstoffmangel während der Geburt
- ? Frühgeburten
- ? komplizierte Geburten
- ? Mehrlingsgeburten

Postnatale Faktoren

- ? Vitaminmangel als Folge von Ernährungsfehlern
- ? Kinderkrankheiten
- ? traumatische Ereignisse
- ? Mangel an Reizangeboten und Bewegung
- ? Einwirkung von Umweltgiften

4.4. Symptome von SI-Störung

bei vestibulärer Überempfindlichkeit

Der ankommende Reiz wird nicht ausreichend gehemmt, er tritt für das betroffene Kind extrem verstärkt auf.

Man erkennt solche Kinder an:

- ? erhöhtem postrotatorischen Nystagmus
- ? "Klammerkind", das heißt oft sehr enge Mutter-Kind-Beziehung
- ? sehr geringer Bewegungsdrang, da fast jede Bewegung Angst erzeugt
- ? unnatürliche Höhenangst, Angst vorm Fallen
- ? Abneigung gegen Klettern
- ? Große Langsamkeit bei ungewohnten Bewegungen und / oder Bodenunebenheiten
- ? Kopf wird in der Senkrechten gehalten, er wird mit Schultern festgestellt
- ? Übelkeit

bei vestibulärer Unterempfindlichkeit:

Der ankommende Reiz, wird nicht ausreichend verstärkt und so nicht vollständig vom Kind wahrgenommen.

Man erkennt solche Kinder an:

- ? vermindertem postrotatorischen Nystagmus, zum Teil kein Schwindelgefühl
- ? sehr hoher Bewegungsdrang, aber ungeschickte Bewegungen
- ? schlechte Hand-Fuß-Koordination
- ? Gestörte Handdominanz
- ? keine Stütz- und Haltereaktionen
- ? oft überempfindlich in anderen Sinnessystemen

Bei Störungen der Tiefensensibilität (Propriozeption)

Dieses System ist zuständig für die Lage und Bewegung des Körpers im Raum, ohne dass eine, visuelle Kontrolle darüber erfolgt. Bei einer Störung werden diese Informationen nicht richtig wahrgenommen.

Man erkennt solche Kinder an:

- ? Falscher Kraftdosierung, es tut Dinge mit mehr Kraft als eigentlich nötig wäre
- ? gestörter Bewegungsplanung und -abläufen (Dyspraxie)
- ? Taktile Überempfindlichkeit
- ? erhöhtem Schmerzempfinden
- ? Leichter Kränkbarkeit / Verletzlichkeit

bei Störung der taktilen Wahrnehmung

- ? Flucht- und Abwehrverhalten bei Annäherung
- ? Verbale Abwehr durch Schimpfworte
- ? Plötzliche, unerwartete Wutausbrüche, besonders in Gruppensituationen
- ? Austausch von Zärtlichkeiten mit Eltern erschwert
- ? Vermeidung von bestimmten Materialien oder ständiges Berühren
- ? Hängenbleiben an Gewohnheiten, Panik bei Veränderung von Strukturen (Tagesablauf, Möbel, Sitzhaltung,...)

Weitere Symptome einer SI-Störung können sein:

Ablenkbarkeit und Überaktivität

- ? Mangel an Ausdauer und Konzentration
- ? innere Unruhe
- ? Hyperaktivität

Verhaltensprobleme

- ? quengeln, schmollen, kaspeln
- ? Wutanfälle
- ? Stimmungsschwankungen
- ? hysterisches Verhalten
- ? Aggression und Autoaggression
- ? Hemmungen, Kontaktscheue und Ängstlichkeit

Psychomotorische Probleme

- ? Hyperaktivität
- ? Übernervosität
- ? Tics (Zuckungen, Blinseln)
- ? Nägelkauen

Sprachentwicklungsprobleme

- ? Sprachfehler
- ? Sprache verlangsamt
- ? Stottern

Muskeltonus

- ? Hypotonie
- ? Hypertonie
- ? Kraftdosierungsschwierigkeiten

Koordination

- ? allgemeine schlechte Bewegungskontrolle
- ? verminderte Hand-Hand-Koordination, Hand-Auge-Koordination, Hand-Fuß-Koordination
- ? fehlendes feinmotorisches Planen
- ? verzögerte Lateralitätsentwicklung

4.5. SI-Therapie und Therapiegrundsätze

Sensorische Integrationstherapie ist eine ganzheitliche Methode. Es wird der ganze Körper, alle Sinne, das gesamte Gehirn und Nervensystem angesprochen.

SI-Therapie ist immer indirekt. Schwerpunkt ist die zweckmäßige Selbsttätigkeit. SI-Therapie unterscheidet sich von anderen Therapien durch Indirektheit, sie nutzt die intermodalen Nebenwirkungen aus. Durch SI-Therapie wird das Nervensystem umgestaltet. Es findet kein Training, kein Üben von Einzelgeschicklichkeiten statt. Die Aufmerksamkeit richtet sich in der SI-Therapie auf die Erhöhung von Fähigkeiten. Es ist notwendig die Entwicklungsstufen zu beachten, da nur das agieren auf der richtigen Stufe dem Kind den nötigen Erfolg bringt, aber es muss der Erfolg durch die eigene Leistung sein. Deshalb müssen die Anforderungen genau abgestimmt werden, damit sich das Kind selbst einsetzen kann und seinen eigenen Schwierigkeitsgrad herausfinden kann. Das Kind soll fast unsichtbar unterstützend begleitet und geführt werden. Es soll die Aufmerksamkeit auf das Erleben des eigenen Tuns richten. Der Therapeut muss dem Kind dabei helfen herauszufinden, was gut für es ist. Das Kind erfährt dann die Freude am eigenen Ich, und es erfährt die Selbstbestätigung durch das eigene Tun.

Therapiegrundsätze

- ? Ganzheitliche Entwicklungstherapie mit dem übergeordneten Grundsatz, dass die in der Therapie erworbenen Fähigkeiten so schnell wie möglich vom Kind in sein alltägliches Leben übertragbar sein sollten.
- ? Die Therapieeinheit soll das Kind auf einer Stufe ansprechen, auf der es schon etwas tun kann, um sich von dort aus weiterzuentwickeln, indem es etwas anderes oder neues macht, aber dennoch nicht überfordert wird. Dieses Vorgehen ermöglicht dem Kind die gemachten Erfahrungen – als seine eigenen - ins Leben zu übertragen. Wie schnell dies geschieht, ist individuell verschieden. Grundsätzlich sollte mit der Behandlung so früh wie möglich begonnen werden, die Behandlungsdauer ist kürzer und die Behandlung ist effektiver.
- ? Die Umgebung muss durch das Kind gestaltbar sein, d. h. es soll die Umgebung an sich anpassen, aber auch feste Grenzen bieten.
- ? Begonnene Handlungsabläufe soll das Kind zu Ende führen, um den gesamten Handlungsablauf zu erfassen und damit erfolgreich zu sein.
- ? Das Kind soll auf einer Stufe agieren, auf der es Erfolg haben kann, denn nur was Spaß macht, wird integriert.

- ? Der Therapeut reagiert auf das Tun des Kindes, indem er die Initiative des Kindes abwartet, seine Ideen, Selbständigkeit und Spielansätze verstärkt oder dem Kind hilft diese zu finden. Wichtig für den Therapeuten ist auch eine gute Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern und anderen Therapeuten . Weiterhin ist es wichtig, dass der Therapeut die Tagesform des Kindes richtig einschätzen kann, denn nur so kann er eine Über- oder Unterforderung vermeiden
- ? Kreativität gilt als wichtiger Entwicklungsbeschleuniger
- ? Schaffung einer Vertrauensbasis ist die Voraussetzung für die Entwicklung des Kindes, hinführend zur Autonomie, Integration, Leistung und Kompetenz.

5. Ergotherapeutischer Befund

5.1. Sensorisch / perzeptive Entwicklung

- ? Taktile Wahrnehmung
Jan zeigt eine taktile Abwehr. Dies erkennt man z.B. daran, dass er keine Hilfe beim Krempeln der Ärmel haben möchte und auch sonst nicht angefasst werden möchte. Bei dem epikritischen Tastsinn reagiert er eher hyposensibel, da er sich beim Ertasten von etwas keine Zeit lässt. Seine Mutter tut sehr viel, um die taktile Wahrnehmung zu fördern.
- ? Vestibuläre Wahrnehmung
Jans Körpergrundtonus ist eigentlich eher hyperten, aber wenn er sich z.B. irgendwo hochziehen soll, ist er eher hypoton. Das heißt, dass eine Störung in der Tonusregulation vorliegt. Hinsichtlich der Stütz- und Haltefunktion zeigt er deutlich verminderte Leistungen im Bereich der Haltemotorik, z.B. fällt es ihm schwer über einen längeren Zeitraum still zu sitzen und eine Aufgabe konzentriert zu lösen, da er viel Energie für seine Haltemotorik verwenden muss. Wegen seines Unfalls ist im Moment die Stützfunktion nicht zu überprüfen, da er wegen dem noch vorhandenen Hämatom sehr vorsichtig sein muss. Seine Gleichgewichtsregulationsleistung ist, bedingt durch die Tonusregulationsstörung, nicht altersgemäß, z.B. Halten der Balance beim Stehen auf einem Bein.
Die Entwicklung von der Aufrichtung gegen die Schwerkraft aus der Bauch- und Rückenlage ist verzögert, wegen der erheblichen Koordinationsstörung. Jan zeigt auch verminderte Leistungen im Bereich der Augenmotorik. Es ist ihm nicht möglich, z.B. Bewegungen in einem Raum wahrzunehmen, ohne den Kopf mitzubewegen. Das heißt, er hat noch Probleme die Mittellinie zu überkreuzen.

Die unzureichende Augenmuskelkontrolle hat somit auch negative Auswirkungen auf die Auge-Hand-Koordination. Durch die Beeinträchtigungen ist die Raumwahrnehmung leicht eingeschränkt.

Insgesamt ist Jan in der vestibulären Wahrnehmung leicht hypersensibel, wobei er Beschleunigung und bewegt werden sehr gerne hat.

? Propriozeption

Jan ist propriozeptiv eher dyssensibel. Die Körperwahrnehmung ist aufgrund der Tonusregulationsstörung sehr ungleichmäßig. Der Mann-Zeichen-Test ergab ein Mann-Zeichen-Alter von 4,25 Jahren (siehe Anhang). Jan benötigt viel Zeit und Augenkontrolle bei neuen Tätigkeiten, sowohl in der Grob- als auch in der Feinmotorik.

? Visuell und auditiv

Die visuelle Wahrnehmung ist aufgrund der Ataxie durch einen Frostigtest nicht testbar. Im auditiven Bereich werden zur Zeit mehrere Tests von Fachärzten durchgeführt, die Ergebnisse sind abzuwarten. Sicher ist, dass durch die häufigen Ohrenentzündungen die auditive Wahrnehmung betroffen ist.

5.2. Koordination

Aufbauend auf die vorhandene ataktische Störung ist die gesamte Koordination betroffen. Besonders betroffen ist die Visumotorik und die Lateralitätsentwicklung. Dies ist gut zu erkennen, da die Seitigkeit noch nicht komplett ausgebildet ist. Jan wechselt z.B. beim Malen häufig die Hand. Mal hält er den Pinsel in der rechten Hand, dann wieder in der Linken. Zusätzlich ist eine erhebliche dysmetrische Bewegungsstörung (Störung der Bewegungssteuerung und der Bewegungskoordination) vorhanden

5.3. Funktionelle Entwicklung

Durch die erhebliche Einschränkung in der Perzeption und der Koordination ist die Grob- aber besonders die Feinmotorik stark betroffen. Bei der Grobmotorik sind differenzierte Tätigkeiten, wie z.B. auf einem Bein stehen, nicht möglich. Die Hand- und Greiffunktionen sind aufgrund des erhöhten Tonus und der Ataxie eingeschränkt. Sein Mundschluss ist noch nicht vollständig entwickelt. Jan hat weitgehend keine größeren Probleme bei Alltagsverrichtungen, nur wenn etwas zu lange dauert oder er überhaupt keine Lust dazu hat, hilft ihm seine Mutter.

5.4. Psychosoziale Entwicklung

Jan verhält sich manchmal „übererwachsen“, dann wieder wie ein Kleinkind. Es ist ein sehr ungleichmäßiges Auf und Ab. Wenn fremde Kinder in einem Raum sind, lässt er sich je nach Tagesverfassung leicht verunsichern. Bei zu viele Kindern ist er schnell abgelenkt und hat somit Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.

5.5. Kognition / Handlungskonzepte

Jan ist ein kognitiv gut entwickeltes Kind, er versucht den Mangel an Handlungsunfähigkeit dadurch auszugleichen, dass er über seine Handlungen redet, anstatt selbst zu handeln. Siehe auch Spielentwicklung

5.6. Spielentwicklung

Die sensorischen Probleme führten zu einer Fehlentwicklung im Spielverhalten, es fehlten fast vollständig die Elemente des explorativen (untersuchenden) und des experimentellen Spiels. Im Kindergarten konnte er nicht spielen, auch nicht mit anderen Kindern. Er störte häufig das Spiel der anderen. An Malen, Bauen oder Kneten zeigte er kein Interesse. Jan hat als Lösung für seine Probleme ein Kompensationssystem entwickelt, das dazu führt, dass er andere für sich spielen lässt (häufig Erwachsene). Während des Spiels zeigt Jan im Moment keine große Ausdauer, er kann sich nur kurzzeitig konzentrieren und lässt sich leicht ablenken. Er mag immer noch lieber kognitive Spiele.

5.7. Sprache

Durch die späte Sprachentwicklung ist seine Sprache immer noch „verwaschen“ und „holperig“ Seit kurzer Zeit bekommt er zusätzlich Logopädie. Sein Mundschluss ist aufgrund des fehlenden Grundtonus noch nicht vollständig entwickelt, was aber nicht unbedingt die Aussprache beeinträchtigt.

6. **Behandlungsziele**

Übergeordnete Ziele:

- ? Aufbau einer Vertrauensebene zwischen Kind und Therapeuten
- ? Entwicklungsstand erreichen, den er vor dem Unfall hatte

Grobziele:

- ? Normalisierung der Defizite in den betroffenen Sinnesbereichen
- ? Verbesserung der feinmotorischen Leistungen
- ? Verbesserung der Koordination
- ? Verbesserung der Körperwahrnehmung
- ? Tonusnormalisierung
- ? Erfolgserlebnisse vermitteln

Feinziele:

- ? Aufbau und Regulierung der basalen Sinnesfunktionen (vestibuläres System, Propriozeption, taktiler System)
- ? Verbesserung der Haltemotorik
- ? Förderung der Lateralitätsentwicklung
- ? Verbesserung der Zielgenauigkeit
- ? Vermehrtes Überkreuzen der Körpermittellinie

7. **Behandlungsplan**

7.1. **Methode**

- ? Sensorische Integrationstherapie nach *Jean Ayres*, siehe **4.5., S.9**
- ? Manuelle Führung nach *Affolter*
- ? Einsatz verschiedener Werktechniken

7.2. **Behandlungsmedien**

Zur vestibulären Stimulation:

Stimulierende Reize für das vestibuläre System sind Bewegung, Beschleunigung, Richtungsänderung, Verzögerung und Drehung.

Dazu geeignete Mittel sind u.a.:

- ? Schaukeln (Hängematte, Plattformschaukel)
- ? Rollbrett fahren
- ? Springen auf Airtramp

- ? Pedalo fahren
- ? Kletternetz
- ? Übungen auf Therapiebällen
- ? Balancieren, z.B. auf einem Seil gehen
- ? Trampolin
- ? ...

Zur propriozeptiven Stimulation:

Stimulierende Reize für das propriozeptive System sind Druck Zug und Widerstand.

Dazu geeignete Mittel sind u.a.:

- ? Spiel mit Materialsäckchen (z.B. Zudecken mit Säckchen)
- ? Schaukeln mit Selbstanziehen
- ? Spiele auf dem Fußboden
- ? Klettern mit Seil, Ringen, Sprossenwand
- ? Spiel mit Ziehen, Drücken, Rollen
- ? ...

Zur taktilen Stimulation:

- ? Bohnenkiste
- ? Bällebad
- ? Werktechniken mit taktilen Reizen (Kleister, Ton...)
- ? Direkte Stimulation – sehr zurückhaltend damit sein; günstig ist wenn Kind es selber agieren kann
- ? ...

Zur Verbesserung der Visuomotorik:

- ? Fangen, werfen
- ? Malen, zeichnen, werken
- ? Ausmalen von Formen, z.B. Mandalas
- ? ...

Zur Verbesserung der Koordination:

- ? alle Tätigkeiten, die die basalen Sinnessysteme fördern
- ? Werktechniken
- ? ...

7.3. Grundsätze

- ? Sensibel mit Vermeidungs- und Kompensationsverhalten umgehen, damit einerseits der von Jan aufgebaute Schutzraum nicht verloren geht, es jedoch andererseits nicht zu einer Stagnation in der Entwicklung kommt. Das heißt z.B. nicht zuviel mit ihm zu sprechen, da er über die Sprache kompensiert und man dieses Verhalten verstärken würde.
- ? Jan viel Sicherheit geben, z.B. beim Klettern in das Netz
- ? Bei z.B. Werktechniken die Hände führen, vorausgesetzt Jan lässt es aufgrund seiner taktilen Abwehr zu.
- ? Wenn möglich, nicht zu viele Kinder in einem Raum, da er zu leicht abgelenkt wird
- ? Allgemein siehe auch Therapiegrundsätze 4.5., S.9

8. Behandlungsverlauf

Jan bekommt seit Dezember 1998 einmal wöchentlich 45 Minuten Ergotherapie. Meist findet eine Einzelbehandlung statt, wobei sich oft noch andere Kinder mit in einem Raum befinden.

Da ich Jan bisher nur fünf Behandlungseinheiten beobachten konnte, beschreibe ich zunächst einen kurzen Verlauf, den ich der Krankenakte entnehmen konnte.

Zu Beginn der Therapie 1998 lag der Schwerpunkt zunächst ganz auf der Spielentwicklung und dabei vorrangig auf dem Anbahnen von selbstständigen Spielabschnitten allein oder mit einem anderen Kind. Hinzu kam dann die Behandlung der SI-Therapie. Hier lag der Schwerpunkt auf der Vermittlung von Druck, Zug und Widerstandserfahrungen in Verbindung mit Bewegung, Richtungsänderungen, Beschleunigungs- und Verzögerungsreizen. Dazu kam nach und nach die Förderung der Feinmotorik und der Auge-Hand-Koordination, dies eingebunden in die Entwicklung des werkschaffenden Spiels (Bauen, plastisches Spielmaterial, Malen).

Jan hat sich in dieser Zeit gut entwickelt. Alle zu Beginn der Therapie auffälligen Bereiche zeigten sich verbessert und in der Entwicklungstendenz weiterhin positiv. Kurz vor dem Unfall waren die Propriozeption und die Haltemotorik erheblich verbessert. Jans Entwicklungsschwerpunkt lag zu diesem Zeitpunkt im funktionellen Bereich. Er konnte ausdauernder spielen und z.B. zehnmal hintereinander Rollbrett fahren.

Durch den Unfall und dem daraus resultierenden Krankenhausaufenthalt entstand eine längere Behandlungspause und damit verbunden ein Entwicklungsrückschritt. Als Jan danach wieder zur Ergotherapie kam, sah ich ihn zum ersten Mal.

1. Einheit:

Jan durfte wegen seiner Verletzung am Kopf noch nicht in den SI-Raum. Wir waren zunächst im Dinoraum, wo er den Schwanz des Dinos als Rutsche benutzte. Danach schaltete er die Lichterkette an und hörte eine Kassette mit Wassergeräuschen, wobei er versuchte die Geräusche zu definieren. Später im Werkraum versuchte er ein Schiff aus Ton zu bauen. Es bereitete ihm große Schwierigkeiten das Schiff auszuhöhlen und zur Gestaltung Löcher für eine Leine auszustechen. Er wirkte abgelenkt, konnte nicht ruhig sitzen und wollte etwas anderes tun. Mit viel Hilfestellung meinerseits wurde das Schiff dann doch noch fertig.

2. Einheit:

Jan wollte gerne in den SI-Raum. Er schaukelte mit großer Freude in der Hängematte und zog sich selber mit einem Seil an. Später wollte er Zirkus spielen, wobei er Direktor sein wollte und ich die Tiere darstellen sollte. Während er sich seine Utensilien wie Seile, große und kleine Ringe zusammensuchte, konnte ich den Zehengang beobachten.

Für kurze Zeit ging ich darauf ein, versuchte dann aber mich so weit wie möglich zurückzunehmen, um ihn zu ermutigen und zu fördern selber zu agieren.

3. Einheit:

ich gab ihm den Auftrag ein Haus, einen Baum und sich selber zu malen. Zunächst wollte er sich nicht darauf einlassen. Erst als ich ihm versicherte, dass es nicht darauf ankommt, wie das Ergebnis aussieht, begann er zu malen. Er hatte Probleme den Stift in der rechten Hand zu halten und blieb jeweils bei einer Farbe. Beim Malen des Baumes mit grüner Farbe bemerkte er, dass ein Baumstamm nicht grün ist, wechselte aber nicht die Farbe. Als das Bild fertig war, wollte er sofort in die Werkstatt um eine Dose aus Ton herzustellen. Diesmal waren mehrere Kinder im Raum, die Jan zu sehr ablenkten. Er konnte sich nicht konzentrieren und nicht ruhig sitzen. Deswegen musste ich ihn mehrmals zum Weitermachen motivieren und ihm wieder Hilfestellung geben.

4. Einheit:

Jan malte sein Boot an. Er hatte große Problemen die Farbe zielgenau aufzutragen. Zunächst wollte er das Boot mit einem weichen und kleinen Pinsel anmalen. Ich konnte ihn überzeugen, einen größeren und härteren Pinsel zu benutzen, damit er mehr Widerstand erfährt. Anschließend gingen wir in den Dinoraum. Dort wollte er wieder, dass ich für ihn etwas spiele. Diesmal konnte ich mich zurückziehen und sein Spiel von außen beobachten. Als die Therapeutin später die klinischen Beobachtungen zur sensorischen Integration durchführen wollte, ließ er sich nicht darauf ein.

5. Einheit:

Jan spielte im SI-Raum vom Netz aus mit einem anderen Kind das Angelspiel. Die Fische lagen auf einem Haufen, damit die Treffsicherheit größer ist. Beim Erklettern vom Netz zeigten sich große Probleme in der Handlungsplanung und der Lateralität. In dieser Einheit wechselte er sehr oft seine Tätigkeiten. Einmal fuhr er Rollbrett, dann hat er sich in der großen Hängematte selbst Schwung durch ein Seil gegeben, ging dann wieder ins Netz und zum Schluss noch auf das Wackeltramp.

9. Planung der Sichtstunde

- ? Begrüßung von Jan
- ? Der weitere Verlauf der Stunde geht von Jan selbst aus. Er darf sich den Therapieraum und das Therapiemittel selber aussuchen. So kann er Dauer und Schwierigkeitsgrad selber bestimmen. Wenn er zwischendurch den Raum wechseln möchte, werde ich auch darauf eingehen. Welche Reize dann konkret zur Anwendung kommen, hängt von der Wahl des Raumes ab.
- ? Falls Jan keine Idee hat, werde ich ihm vorschlagen, zunächst in den SI-Raum zu gehen. Dort kann er sich die für ihn wichtigen basalen Reize holen und dadurch auch sein Körperschema, seine Lateralität, seine Haltemotorik und seine Koordination fördern. Gut sind für ihn Tätigkeiten mit Druck, Zug und Widerstand (propriozeptive Stimulation), wie z.B. Schaukeln mit Selbstanziehen. Außerdem Tätigkeiten mit Bewegung, Beschleunigung, Verzögerung und Drehung (vestibuläre Stimulation), wie z.B. Schaukeln in der Hängematte oder Springen auf dem Airtramp. Falls er davon nichts tun möchte, könnte ich ihm beispielsweise noch Rollbrett fahren oder Klettern im Netz anbieten.
- ? Als Alternative werde ich ihm vorschlagen, in die Werkstatt zu gehen. Dort darf er wieder selbst entscheiden, was er gerne tun möchte. Die Werktechniken wie z.B. Ton- oder Specksteinarbeiten fördern die Feinmotorik, die Koordination und die Visumotorik
- ? Falls in einem Raum zu viele Kinder sind und ich feststelle, dass Jan sich nicht konzentrieren kann, biete ich ihm an, den Raum zu wechseln.
- ? Ansonsten halte ich mich aus dem Geschehen soweit wie möglich zurück, vermittele ihm aber in allen Situationen genügend Sicherheit, die er aufgrund seines Unfalls noch benötigt.

Zielsetzungen für diese Therapieeinheit:

- ? Förderung der basalen Sinnesfunktionen, um Entwicklungsstand zu erreichen, den er vor dem Unfall hatte
- ? Verbesserung der Koordination
- ? Verbesserung der Feinmotorik
- ? Tonusnormalisierung
- ? Erfolgserlebnisse vermitteln

10. Literaturverzeichnis

- ? *Pauli / Kisch*; Was ist los mit meinem Kind?; Ravensburger, 1998
- ? *Ayres, A. Jean*; Bausteine der kindlichen Entwicklung; Springer-Verlag, 1998
- ? *Augustin, A.*; Beschäftigungstherapie bei Wahrnehmungsstörungen, Schulz-Kirchner Verlag, 1989
- ? *Schaefgen, Rega*; Elterninformation zur Sensorische Integration
- ? *Hügel, Werner*; Entwicklung und Behinderung des Körperschemas; Verlag modernes Lernen, 1986
- ? Skripte aus dem Unterricht