

ergopraxis

Die neue Fachzeitschrift für Ergotherapie

Leseprobe
aus ergopraxis 2/08

VIER THERAPEUTISCHE SICHTWEISEN

Grafomotorik

ergopraxis ist eine unabhängige Zeitschrift und erscheint im Georg Thieme Verlag.

Adresse

Georg Thieme Verlag KG, Redaktion ergopraxis,
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart,
Tel.: 07 11/89 31-0, Fax: 07 11/89 31-874,
E-Mail: ergopraxis@thieme.de, www.thieme.de/ergoonline

Fragen zum Abonnement

Georg Thieme Verlag KG, KundenServiceCenter Zeitschriften,
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart,
Tel.: 07 11/89 31-321, Fax: 07 11/89 31-901,
E-Mail: aboservice@thieme.de

www.thieme.de/ergoonline



Ein Fall – vier therapeutische Sichtweisen

GRAFOMOTORIK Anhand eines konstruierten Fallbeispiels verdeutlichen Angela Nacke, Rega Schaeffgen, Günter Sander, Sabine Pauli und Andrea Kisch in diesem Artikel ihr therapeutisches Vorgehen. Der Auftrag an die Ergotherapeuten lautete, eine fiktive Befunderhebung durchzuführen und eine mögliche Behandlungsstrategie zu formulieren. Lesen Sie in diesem Artikel, wie die Behandlung desselben Kindes bei verschiedenen Ergotherapeuten aussehen könnte.

Das Fallbeispiel

David ist sieben Jahre alt und geht in die zweite Klasse. Da er beim Schreiben große Probleme hat, bekommt er vom Kinderarzt Ergotherapie verordnet. Davids Stifthaltung ist nicht altersgemäß, seine Finger sind beim Schreiben verkrampft. David drückt den Stift und den Radiergummi oft so fest auf, dass das Papier reißt. Er schreibt sehr langsam, seine Schrift ist unleserlich. Außerhalb der

Schule vermeidet er es, zu malen oder zu basteln. Er kann mit der Schere nicht gerade an einer Linie entlangschneiden und auch nicht gut ausmalen. Alltägliche Aktivitäten wie das Schließen von Knöpfen oder das Binden seiner Schnürsenkel fallen ihm schwer. Freunde schließen David beim Jengaspiel aus, weil er den Turm immer zu Fall bringt.

Die vier therapeutischen Meinungen

1. Angela Nacke



Angela Nacke, Ergotherapeutin aus Jona in der Schweiz.
1993 gründete sie ein eigenes Zentrum, das sich seitdem kontinuierlich weiterentwickelt: „pluspunkt – Zentrum für Prävention, Therapie und Weiterbildung“.
Sie ist Lehrtherapeutin für Sensorische Integrationstherapie und Feldenkraispädagogin. Ihr Wissen und ihre Erfahrung gibt sie in Fortbildungen, Fachartikeln und Fachbüchern weiter.

2. Rega Schaeffgen



Rega Schaeffgen, Ergotherapeutin und SI-Therapeutin aus Bergen.
1982 gründete sie dort ihre erste Praxis. Sie absolvierte in der Ayres Clinic in Los Angeles Weiterbildungen in Sensorischer Integrationstherapie. Sie beteiligte sich an der Entwicklung des deutschen SI-Therapeuten-Curriculums und war die erste deutsche vom DVE zertifizierte SI-Lehrtherapeutin.
1997 gründete sie das Zentrum für Interdisziplinäre Sensorische Integration, kurz ZISI.

3. Günter Sander



Günter Sander, Ergotherapeut und Mitglied im Lehrteam sowie im Vorstand der internationalen Frostig-Gesellschaft aus Stuttgart.
Mitarbeiter im Stiftungsbeirat der Deutschen Snoezelen Stiftung.
Entwickler der Pertra-Methode in Anlehnung an das Marianne-Frostig-Konzept.
Seit zwanzig Jahren arbeitet er in seinen beiden Praxen überwiegend mit Kindern mit Auffälligkeiten in der Entwicklung.

4. Sabine Pauli und Andrea Kisch



Sabine Pauli und Andrea Kisch, Ergotherapeutinnen und Autorinnen mehrerer Fachbücher und Elternratgeber aus Ravensburg.
Seit vielen Jahren sind sie in ihrer eigenen Praxis und in der Erwachsenenbildung tätig.

1. Angela Nacke

Befunderhebung

Im ersten Kontakt führe ich mit der Mutter ein COPM [1] durch. Sie bestätigt dabei die Probleme, die der Kinderarzt bereits in der Überweisung genannt hat. Der Arzt schließt eine zerebrale Bewegungsstörung aus. Er diagnostiziert bei David eine motorische Entwicklungsstörung nach F.82 ICD-10 [2].

Als standardisiertes Testinstrument setze ich die neue Version des Movement-ABC ein [3]. David hat Schwierigkeiten in allen drei Bereichen des Assessments, das heißt bei der Handgeschicklichkeit, bei der Ballgeschicklichkeit und beim statischen Gleichgewicht. Nur beim dynamischen Gleichgewicht zeigt David Werte, die seinem Alter entsprechen.

Wegen der mangelhaften taktil-propriozeptiven Diskriminationsleistungen führe ich einzelne Untertests aus dem Sensory Integration and Praxis Test (SIPT) durch [4], und zwar „Manual Form Perception“ (MFP), „Fingeridentification“ (FI) sowie „Graphesthesia“ (GRA). Die manuelle Formperzeption gelingt ihm, bei den anderen Untertests liegen auffällige Werte vor.

Die Untertests „Position in Space“, „Copying“ und „Spatial Relations“ aus dem DTVP-2 [5] zeigen, dass wahrscheinlich keine räumlich-visuellen Schwierigkeiten vorliegen. Allerdings fällt die mangelhafte Kopf-Rumpf-Kontrolle auf. Bei Papier und Bleistiftaufgaben liegt David fast mit dem Oberkörper auf dem Tisch. Ein großer Teil seines Körpergewichtes liegt auf der Unterlage auf. Das verhindert einen flüssigen Hand-Arm-Transport. David hält den Stift im Vierpunktgriff mit stark flektierten Fingern (Abb. 1). Es sind keine isolierten Fingerbewegungen sichtbar. David schreibt mit der ganzen Hand beziehungsweise dem ganzen Arm.

Seine Handpräferenz ist laut Aussage der Mutter eindeutig rechts. Auf eine weitere Abklärung verzichte ich darum und plane für die Befunderhebung insgesamt zwei Sitzungen ein.

Therapeutische Interventionen

David zeigt beim M-ABC nicht nur in der Fein-, sondern auch in der Grobmotorik Auffälligkeiten. Offensichtlich wirken sich diese in seinem Alltag jedoch nicht störend aus. Die vier im COPM genannten Betätigungen werden daher im Fokus meiner therapeutischen Bemühungen stehen: Schreiben, Schneiden mit der Schere, Schuhe binden und Knöpfen.

- > **Sitzhaltung:** Eine optimale Sitzhaltung mit einer guten Kopfstellung ist eine wesentliche Voraussetzung für feinmotorische Leistungen. David lernt, sein Becken und somit seinen Schwerpunkt optimal einzustellen. Parallel dazu passen wir seinen Arbeitsplatz in der Schule und zu Hause optimal an. Der Stuhl in der Schule ist so eingestellt, dass Davids Füße gut auf dem Boden aufstehen. Die Tischkante des Pultes befindet sich auf der Höhe der unteren Brustbeinspitze.
- > **Taktil-propriozeptive Diskriminationsfähigkeit:** Davids Mutter erhält Förderanregungen für zu Hause (zum Beispiel Arbeiten mit Knete, Ton, Teig oder verschiedenen Stempeln).
- > **Kraftdosierung:** Das dosierte Einsetzen der Kraft steht in engem Zusammenhang mit einer differenzierten Verarbeitung von



Abb. 1 Flektierte Fingergelenke: Das Kind schreibt mit der ganzen Hand.

propriozeptiven Sinneseindrücken. In der Therapieeinheit steht David am Tisch und macht zunächst Handabdrücke mit Fingerfarbe, Faust und geöffnete Hand im Wechsel. Bei der nächsten Aufgabe sitzt David am Tisch. Er arbeitet mit großen festen bis hin zu kleinen weichen Stempeln, dicken Filzstiften mit Motiven an der Spitze und zuletzt mit dünnen Filzstiften. David erhält eine Punktierungsaufgabe. Er muss jeweils einen Punkt in ein vorgegebenes Feld setzen und dabei seine Kraft dosieren. Diese Aufgabe erfordert feinmotorische Differenzierungsleistungen und eine gute Auge-Hand-Koordination.

- > **Selektive Fingerbewegungen und Oppositionsstellung des Daumens:** Wir streben einen Dreipunkt- oder unverkrampften Vierpunktgriff an. Schon am Anfang der Therapie suchen David und ich gemeinsam einen passenden Stift. David wählt einen dreieckigen Bleistift mit Antirutschpunkten. Mit der Lehrerin vereinbare ich, dass David mit dem Bleistift schreiben darf. Auf zusätzliche Stifthilfen, die am Stift angebracht werden, verzichte ich bewusst, weil diese die taktil-propriozeptive Rückmeldung zusätzlich erschweren. David erhält eine rutschfeste Unterlage, die er unter sein Schreibheft legt.
- > **Feinmotorische Leistungen:** David schneidet zunächst entlang gerader Linien auf Papier, das ihm einen adäquaten Widerstand entgegengesetzt. Er erweitert seine Kompetenzen, indem er mit anderen Papierarten Erfahrungen sammelt und zunehmend anspruchsvollere Formen ausschneidet. Die Mutter übernimmt entsprechende Anregungen im Alltag. Knöpfen und Schleife binden stellen komplexe feinmotorische Herausforderungen dar. Deshalb verschiebe ich Übungen dazu ans Ende der Therapie. Vorerst bitte ich die Mutter, für David Kleidung ohne Verschlüsse auszuwählen, zum Beispiel Schuhe mit Klettverschluss.

Ausblick

Davids Mutter ist in die Förderung durch konkrete Hausaufgaben intensiv einbezogen. Vater und Sohn werken am Wochenende gemeinsam. Nach einem halben Jahr Ergotherapie zeigen sich bereits deutliche Fortschritte. Voraussichtlich ist die Therapie nach insgesamt einem Jahr abgeschlossen.

2. Rega Schaeffgen

Befunderhebung

David, seine Mutter und ich formulieren im Erstgespräch konkrete Anliegen: David möchte gern geschickter mit seinen Händen sein, um leserlich schreiben und Bilder malen zu können. Außerdem möchte er beim Jenga und Mikado mitmachen dürfen. Seine Mutter wünscht sich, dass David die Verschlüsse der Kleidung alleine bewältigen kann. Vermutlich sitzt David nicht ergonomisch, und ihm fehlen motivierende Angebote fürs Malen und Schreiben, für die Fingersensibilität sowie für eine gute Stifthaltung. Ich überprüfe seine Haltungskontrolle, die dissoziativen Bewegungen, die bilaterale und die visuomotorische Koordination.

Als Befundinstrumente setze ich dazu die Gezielten Beobachtungen zu Haltung, Dissoziation und bilateraler Koordination ein [6]. Außerdem führe ich den Southern California Sensory Integration Test (SCSIT) durch [7] und erfasse Davids manuelle Formperzeption, seine Fingersensibilität, seine visuomotorische Koordination sowie seine motorische Genauigkeit. Davids Menschzeichnung ermöglicht mir, sein inneres Körperbild und seine kognitive Entwicklung einzuschätzen. Zusätzliche Informationen erhalte ich von Davids Bezugspersonen, die ich zu seiner Entwicklung befrage.

Nach den Prinzipien der Sensorischen Integrationstherapie ist die Vorgehensweise ganzheitlich. Sie sieht Davids Stärken und Schwächen, beachtet seine innere Motivation sowie seine Ängste und Abneigungen. Der Befund wird in einem Kreisprofil dargestellt, in dem man Stärken, Schwächen und deren Zusammenhänge erkennen kann [6]. Die Befundergebnisse zeigen, dass David seine Füße im Sitzen nicht belasten kann, weil er auf einem zu hohen Stuhl sitzt. Dadurch fehlt ihm die Grundhaltung als Ausgangsbasis für die dissoziierte Bewegung. David erhält kaum anregende Angebote zum Malen. Schreiben ist seit dem Ausmalen von Bilderbüchern negativ besetzt. Die Fingersensibilität ist noch unzureichend entwickelt, er hält den Stift im Klemmgriff. Davids Haltung und Kokontraktion ist schwach. Freie Armbewegung, bilaterale Koordination und visuomotorische Koordination sind nicht altersgemäß.

Therapeutische Interventionen

Meine Behandlung folgt den Stufen von körperlichem, emotionalem und geistigem Wohlbefinden. Daraus entsteht bei David Sicherheit, Vertrauen in das Gelingen und die Öffnung, etwas Neues auszuprobieren und darin Erfolg zu haben. Ich beziehe die Mutter in die Behandlung ein, damit sie das Erreichte zu Hause fortsetzt. Wir besprechen die Stufen der Therapieziele gemeinsam.

- > Ergonomisches Sitzen: David erhält einen Tripp-Trapp-Stuhl mit Keil. Dadurch kann er beim Sitzen seine Füße belasten und seine Arme frei auf dem Tisch bewegen. Für den Übergang kniet er auf einem normalen Stuhl.
- > Anforderungen an Davids Leistungsstand anpassen: Er benutzt in Absprache mit der Lehrerin ein Schulheft in Lineatur 1 sowie einen weichen Bleistift B2 und erhält damit grafomotorische Aufgaben, die für ihn lösbar sind.
- > Schreibmotivation wecken: Eine Wandtafel im Zimmer soll Davids Motivation und inneren Antrieb für das Malen und Schreiben wecken. Das Abwischen des Esstisches wird zu seiner festen Aufgabe. David soll von sich aus frei malen.
- > Fingersensibilität entwickeln: David bürstet sich mehrmals täglich die Fingerspitzen mit seiner medizinischen Bürste. Beim Arbeiten mit Tonmehl und auch beim Herstellen von Nudelteig rubbelt er seine Finger, bis sie sauber sind. Bei Tastspielen biete ich ihm immer kleiner werdende Gegenstände und Formen an. David soll den Stift im Dreipunktgriff spüren, halten und die Auf- und Abbewegung mit Daumen und Zeigefinger steuern können. Vorerst verwendet er eine Stiftverdickung.
- > Haltungskontrolle stärken. Ich setze zum Beispiel eine Hängematte oder eine Seilbahn ein. David soll sein Gewicht schwingend zwanzig Sekunden am Trapez halten können.
- > Dissoziation verbessern, zum Beispiel mit Schleifenband, Heulrohr, Wickeln oder Luftmalen: David soll den Arm frei über das Blatt führen können.
- > Bilaterale Koordination verbessern, zum Beispiel mit einer Summscheibe oder einem Zugkreisel: David soll mit links das Blatt halten und mit rechts die Bewegung steuern.

Abb. 2 Davids Problemfelder

Abb.: modifiziert nach Nacke [8]

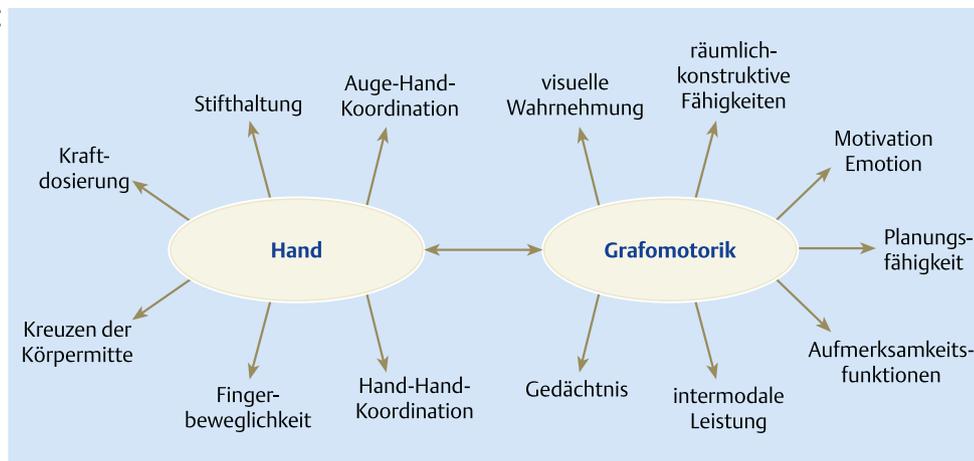
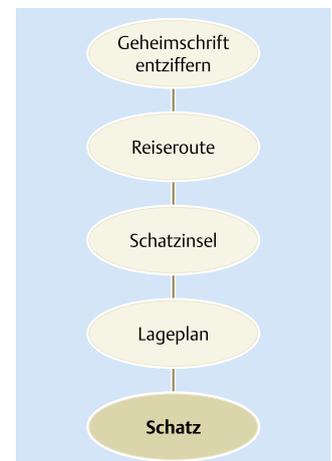


Abb. 3 Schatzsuche mit Mind-Map



er von mir genaue Anweisungen: „Lege die Tafel 8 in die zweite Zeile von oben, dritte Spalte von links.“ Wenn er damit fertig ist, kann David die Anweisungen zur Reise entnehmen, für die er sich zu Hause ein Schiff malt.

Ausblick

Die ergotherapeutischen Ziele integriere ich immer weiter in die Schatzsuche. Dabei bleibt die individuelle Ausrichtung stets erhalten. Wenn Davids Motivation weiterhin anhält, wird er nach dreißig Therapieeinheiten den Schatz gefunden und alle Therapieziele erreicht haben. Mit der Lehrerin und den Eltern habe ich den Schatz abgesprochen: David erhält von mir am Ende der Therapie den „Füllerführerschein“ und einen Füller.

4. Sabine Pauli und Andrea Kisch

Befunderhebung

Im Vorgespräch mit den Eltern führen wir die Anamnese durch und legen die Therapieziele und den Zeitrahmen zusammen mit den Eltern und dem Kind fest. Mithilfe unseres praxiseigenen Befundsystems in Anlehnung an den MOT 4–6 [17] und die Gezielten Beobachtungen [6] erfassen wir Davids motorische Fähigkeiten, Körperkoordination und Tonusregulierung. Der DTVP-2 liefert uns Auskünfte zur visuellen Wahrnehmung [5]. Der Ravensburger Erhebungsbogen fein- und grafomotorischer Kompetenzen (RAVEK) überprüft die fein- und grafomotorischen Kompetenzen sowie die auffällige Malentwicklung [18]. Um Davids Schreibprobleme erfassen zu können, kopieren wir mehrere Heftseiten aus seinem Schulheft und bitten ihn, einen kurzen Text abzuschreiben. Hier wird ersichtlich, dass er langsam und sehr unleserlich schreibt. Davids Händigkeit beobachten wir nach der Methode von Dr. Barbara Sattler [19]. Auf unsere Empfehlung hin lassen die Eltern eine augenärztliche und orthoptistische Untersuchung durchführen, um eine mögliche Fehlsichtigkeit Davids auszuschließen.

In der Praxis und in der Grundschule klären wir mit den Eltern und Lehrern folgende Fragen: Wie wirkt sich das Schreibproblem auf Davids Schulleistungen aus? Über welche Methode wurde das Schreiben unterrichtet und welche Unterstützung bekam er? Welche Auswirkungen zeigen sich in anderen Schulfächern, zum Beispiel beim Sport? Wie ist David sozial integriert, wie verhält er sich in der Schule? Die Befunderhebung umfasst fünf Einheiten.

Therapeutische Interventionen

Eine kurzfristige Lösung könnte beispielsweise das Reduzieren der Schreibmenge bei den Hausaufgaben in Absprache sein. Bis die Buchstabenerfassung sich bessert, könnte David von der Schreibschrift zurück zur Druckschrift wechseln oder vermehrt mit einem dicken Bleistift schreiben. Für langfristige Erfolge benötigt er jedoch eine grundlegende Therapie, die einerseits die Basisprobleme in den Bereichen Koordination, Körper-, Raum- und Formwahrnehmung, Tonusregulierung und taktil-kinästhetische Wahrnehmung berücksichtigt und andererseits die aktuellen Schreibprobleme angeht, die zur Verordnung geführt haben. Im Optimalfall findet die Therapie zweimal pro Woche oder als Doppelstunde

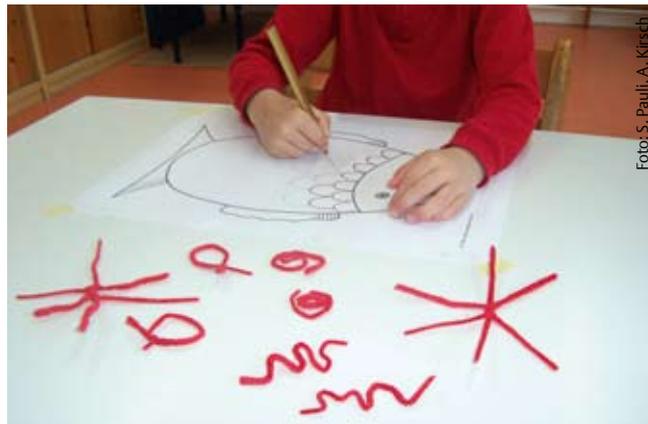


Abb. 5 Kind mit auffälliger Stifthaltung mit überschlagenem Daumen

statt. Wir kombinieren psychomotorische Übungsinhalte mit unseren schriftlichen Spiel- und Übungsanregungen [18, 20, 21, 22]. Ergänzend erhält David fein- und grafomotorische Übungen für zu Hause, die sich aus dem aktuellen Therapieverlauf ergeben.

Für den Therapieanfang bietet es sich an, grobmotorische Spiele mit fein- und grafomotorischen Übungen zu kombinieren. David besucht zum Beispiel das „Aquarium“ mit dem Ziel, seine isolierten Fingerbewegungen zu verbessern. Aus Pfeifenputzern formt er verschiedene vorgegebene Fische und Meerestiere (☞ Abb. 5). Er befördert je ein Tier mit dem Rollbrett durch den Therapieraum. Das Futter, also Papierstreifen, die er zu Kugeln zusammenknüllt, schnippt er auf dem Tisch mit den Fingern zu den Meerestieren. Im weiteren Therapieverlauf kombinieren wir Aufgaben zur Tonusregulation, Formerfassung und Formwiedergabe, das heißt zur Automatisierung von Buchstabenformen. David ertastet zum Beispiel doppelte Problembuchstaben aus Holz und Kunststoff oder formt Buchstaben aus Knete. Zwischendurch dient das Trampolin zur Tonusregulation und für verschiedene Koordinationsübungen.

Ausblick

Aus dem Stundenverlauf ergeben sich regelmäßig grafomotorische Aufgaben und Übungen für zu Hause. Die Eltern erhalten Tipps zur fördernden Gestaltung des Alltags. Da David erst in der zweiten Klasse mit der Ergotherapie beginnt, kann eine längerfristige Behandlung mit bis zu 60 Therapieeinheiten, das heißt eine Therapiedauer von eineinhalb Jahren, nötig sein.

☛ Die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf das Literaturverzeichnis. Dieses finden Sie unter www.thieme.de/ergoonline > „ergopraxis“ > „Artikel“ > „Ergotherapie“.



Daniela Ottinger hat für ergopraxis die Behandlungsansätze der Therapeuten zusammengetragen. Die Idee zum Artikel hatte sie, da ihr während ihrer praktischen Tätigkeit als Ergotherapeutin viele Kinder wie David begegnet sind.