

Spielerische Förderung spezifischer Wahrnehmungsqualitäten zur Verbesserung von Funktion, Handlungskompetenz und Betätigung. Ein Fallbeispiel aus der ergotherapeutischen pädiatrischen Praxis.



Katharina Eckstein
Ergotherapeutin in eigener Praxis

Im Juni 2022 bekam ich die Möglichkeit, meine pädiatrische Fallarbeit auf dem diesjährigen Symposium in Mainz vorzustellen.

Im vergangenen Rundbrief berichtete ich bereits über unsere Pionierarbeit der neurokognitiven Rehabilitation in der Pädiatrie.

Seit 2017 wird mein gesamtes Team und ich sowie unsere Kooperationspraxis in Köln, Fred Eifler, über den VFCR zu Fachtherapeut*innen in der neurokognitiven Rehabilitation ausgebildet. Im Zuge der Weiterbildung begann ich mir sehr schnell die Frage zu stellen, wie sich das Konzept auf die Pädiatrie übertragen lassen könnte.

Seit zwei Jahrzehnten gehört die Pädiatrie zu meinem Arbeitsschwerpunkt. Die Förderung der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung der Kinder aller Altersstufen, ist ein zentrales Thema der Pädiatrie. Die NKR (Neurokognitive Rehabilitation) bietet hier großartige Möglichkeiten in der Betrachtung und Behandlung sensomotorisch-perzeptiver Probleme.

Wir begannen in meiner Praxis die pädiatrische Arbeit zunehmend durch die neurokognitive Brille zu betrachten und schnell war klar, dass das Konzept für die Kinder in der ergotherapeutischen Behandlung ein großer Gewinn sein kann.

Die selektive Förderung einzelner Wahrnehmungsqualitäten zur Verbesserung der motorischen Planung und der

Verbesserung von Körperbild und Körperschema, ist ein lohnender, pädiatrischer Ansatz zur Behandlung im Kindesalter. Hier würden wir den zunehmenden Bewegungsstörungen vieler Kinder, vor allem auch im graphomotorischen Bereich, etwas Wirkungsvolles entgegensetzen.

Es war schnell klar, dass die Problematik im pädiatrischen Bereich vor allem in der Umsetzung der neurokognitiven Übungen bestand. Kinder lernen über das Spiel. Das Spiel wird zur Übung im Alltag für den Alltag. Therapeutische Übungen müssen im Spiel verpackt werden und dennoch stark reduziert sein, um dem neurokognitiven Konzept standzuhalten. Eine Übung muss in ihren Wahrnehmungsanforderungen stark reduziert sein, um größtmögliche Aufmerksamkeit auf die gezielte Wahrnehmungsanforderungen zu binden und damit einen gezielten Lernprozess anzuregen.

Wie also ließen sich die Anforderungen der neurokognitiven Therapie in den pädiatrischen Bereich spielerisch übertragen?

Der Unterschied zur Arbeit mit erwachsenen, neurologischen Patienten*innen ist, dass diese Kinder in der Regel noch gar keine adäquate Bewegungserfahrung gemacht haben. Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen, körperlicher Behinderungen oder psychischen Auffälligkeiten, haben ihr vorhandenes Bewegungs-, - und Sinnespotential kortikal als „normal“ repräsentiert.

Wie also auf eine präläsionale Erfahrung zurückgreifen?

Wie also eine Hypothese bilden für etwas, das noch nie exploriert wurde?

Wie und womit einen Vergleich herstellen?

Die Imagination des Kindes hat eine andere Qualität als die des Erwachsenen. Die Imagination oder Vorstellungskraft in der kindlichen Entwicklung ist Ausdruck von Phantasie und Kreativität. Sie kommt aus dem Spiel und sie dient dem Spiel.

Ich habe beobachtet, dass dies ein zunehmendes Problem in der Pädiatrie ist.

Die wichtigste Erkenntnis und Herausforderung war, die Übung/das Spiel für das Kind stark zu reduzieren, um so zu ermöglichen, dass eine Fokussierung auf nur eine, maximal zwei Wahrnehmungsqualitäten erfolgte. Die Übung musste so reduziert sein, dass sich das Kind mit seiner

Aufmerksamkeit nur auf den gewünschten Sinnesbereich fokussieren konnte und dennoch musste Sie ansprechend und spielerisch angeboten werden.

Hier war Kreativität und Mut zur Lücke gefragt.

Die Darstellung meiner Fallarbeit über die Behandlung eines Kindes mit Zerebralparese fand eine gute Resonanz auf dem diesjährigen Symposium. Wir bekamen viele hilfreiche und wertschätzende Rückmeldungen zu unserer Pionierarbeit.

Der Austausch mit den Kollegen*innen der NKR war für uns überaus bereichernd und mutmachend.

Vielleicht kann ich mit diesem Artikel Pädiatrie interessierten Kolleg*innen einen Einblick in die pädiatrische Arbeit mit NKR ermöglichen.

Fallbeispiel Anton

Anton, 10 Jahre alt, kam vor drei Jahren in meine Praxis. Ein aufgeweckter, für sein Alter sehr ernsthafter, aber dennoch ausgesprochen fröhlicher Junge.

Ergotherapie wurde seitens des Kinderarztes empfohlen, da Anton zu diesem Zeitpunkt neben seinen motorischen Beeinträchtigungen große Aufmerksamkeitsprobleme und sozioemotionale Schwierigkeiten zeigte.

Eine intensive rehabilitative (Früh-)Förderung erhält Anton seit seinen ersten Lebensmonaten über physiotherapeutische Behandlung, verschiedene Förderprogramme der zuständigen Universitätsklinik, sowie verschiedenen medizinischen Eingriffen und Rehabilitationsmaßnahmen an einer kinderneurologischen Klinik.

Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns hatte er von der Förderschule für Körperbehinderte Kinder und Jugendliche zur 1. Klasse auf die Regelgrundschule gewechselt.

Der Wechsel auf die Regelgrundschule erwies sich als mühsam, da es im Umkreis des Wohnortes zunächst keine Regelgrundschule mit barrierefreiem Zugang gab.

• Was war nun unser Auftrag in der Ergotherapie?

Das Kind wird innerhalb der Familie hervorragend gefördert und gefordert, ist mit den Hilfsmitteln versorgt, die ihm eine möglichst altersgerechte Teilhabe ermöglichen,



ihn aber gleichzeitig fordern aktiv zu bleiben. So erlernte Anton mühsam die Schreibrift, obwohl ihm ein Talker zur Verfügung steht. Der Zusammenhang der motorischen Aktion der Hand, beim Erlernen des Schreibens und dem Lernen insgesamt, war den Eltern bewusst.

Motorisch erhält er mehrfach die Woche Physiotherapie zu Hause und ambulant.

Kognitiv wird er inzwischen schulisch und auch zu Hause altersgerecht gefordert und gefördert.

Dennoch berichtete die Mutter von großer Frustration im schulischen Alltag, da Anton sich nur schlecht organisieren könne. Mathematische Anforderungen überforderten ihn regelmäßig, die graphomotorische Kompetenz war gut, aber langsam und oft vertauschte er die Buchstaben oder verlor sich auf dem Blatt.

Anton lernte mit links schreiben, da die rechte Hand einen starken Tonus in den Fingern, dem Handgelenk, sowie der gesamten rechten Körperhälfte aufwies. Auch die linke Hand zeigte große Irradiationen und elementare Schemata. Dennoch konnte er mit viel Mühe graphomotorische Kompetenz erwerben.

Das Schreiben fiel und fällt ihm nach wie vor schwer, aber er hat inzwischen eine korrekte und wirklich schöne Handschrift entwickelt. Die erzielten Ergebnisse reichen ihm meist nicht, da er seinen Mitschüler*innen in nichts nachstehen möchte. Er benötigt sehr viel Zeit und Aufmerksamkeit für seine Schriftsprache.

In der Selbständigkeit ist er entsprechend seiner körperlichen Behinderung stark eingeschränkt. So war es ihm zum Zeitpunkt des Therapiebeginns nicht möglich eigenständig seine Jacke an- und auszuziehen.

Die Anforderung im rückwärtigen Raum konnte er nicht bewältigen.

Medizinische Anamnese

- P07.10 Eutrophes Frühgeborenes der 28+4. SSw.GG 1398g
- P22.0 ANS *III (Atemnotsyndrom des Neugeborenen)
- P59.0 Hyperbilirubinämie (Neugeborenenengelbsucht)
- P52.1 Blutung intraventrikulär rechts III., links II., (intraventrikuläre Hirnblutung 2. Grades)
- G91.1 Posthämorrhagischer Hydrozephalus
- P91.6 PVL; Periventrikuläre Leukomalazie (Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Neugeborenen)
- P25 Pneumothorax re
- P61.2 Frühgeborenenanämie
- Q21.1 PFO/ASD II (Vorhofseptumdefekt)
- Q25.0 Ductus arteriosus persistens (angeborene Fehlbildung zwischen Lungen- und Körperhauptschlagader)

Die Läsion occipital und frontoparietal ist die Ursache für Antons sensomotorische und kognitive Problematik im Alltag, im Lernen, der ADL, sowie der Mobilität.

Hier eine grobe Übersicht über die Funktionen und Aufga-

ben der geschädigten Bereiche

Parietallappen

- Ankommen und Interpretation von somatosensorischen Informationen aus dem Körper
- Einordnung der Sinneseindrücke von Form, Struktur und Gewicht
- Einfluss auf mathematische Fähigkeiten
- Speichern räumlicher Erinnerungen
- Orientierung im Raum und Richtungsorientierung

Frontallappen

- Zuständig für die Willkürmotorik insbesondere in der unteren Extremität. Bei einer Schädigung kommt es zu Störungen der Motorik der unteren Extremität (hier eine spastische Diplegie) sowie Beeinträchtigungen in der sensomotorisch-perzeptiven Wahrnehmungsverarbeitung

Occipitallappen

- Der kleinste der 4 Hirnloben und der hinterste Anteil des Großhirns.
- Hier werden visuelle Impulse verarbeitet. Man bezeichnet diesen Teil auch als Sehzentrum des Gehirns.

Anton ist ein „klassisch neurologischer Patient“ in der Pädiatrie. Aber im Gegensatz zu den Erwachsenen hat er elementare, für die Entwicklung notwendige Bewegungserfahrungen gar nicht oder nicht ausreichend machen können.

Es gibt keine „präläsionalen“ Erfahrung.

- Wie also mit NKR, der Imagination, dem Vergleich arbeiten, wenn der Patient gar keine Hypothese bilden kann, bzw. wenn seine motorischen, sensorischen und kognitiven Defizite eigentlich sein „angeborenes normal“ sind?

Das Ermöglichen von selektiven motorischen und sensorischen Erfahrungen musste also nicht wiederhergestellt, sondern grundlegend angebahnt werden.

Die ausführliche Auseinandersetzung mit den neurophysiologischen Auswirkungen der Läsion war notwendig, um die Hierarchie der von ihm zu erlernenden spezifischen Motorik zu erkennen.

Aus dem Verständnis der neurokognitiven Rehabilitation konnten wir erkennen, dass es Anton unmöglich war einen physiologischen Bewegungsplan zu erstellen. Ein stark erhöhter Tonus (Diplegie) in den Beinen und Füßen sowie mangelnde Rumpfstabilität machten das Stehen und das freie Sitzen fast unmöglich.

Die Einschränkungen in den räumlichen und räumlich-konstruktiven Fähigkeiten hatten bisher dazu geführt, dass er seinen Körper nur im für ihn visuomotorisch erkennbaren vorderen Raum wahrnehmen konnte.

Der rückwärtige Raum war ihm nicht zugänglich. Dies führte vor allem im Schulalltag zu Schwierigkeiten da Anton immer Unterstützung benötigte, um sich an und auszuziehen. (Insbesondere das An-, und Auskleiden seiner Jacke, umziehen im Sportunterricht usw.). Einer seiner Wünsche war es dies selbständiger bewerkstelligen zu können.

- Wie also sollte er eine motorische Handlung planen, die den rückwärtigen Raum kinästhetisch erfassen musste?
- Wie z.B. das Anziehen einer Jacke, das Drehen im Raum; seitliches und rückwärtiges Greifen etc. umsetzen?

Durch unsere parallel stattfindende neurologische Arbeit mit Erwachsenen, der Erfahrung meiner Hospitation in Madrid bei Dr. Patricia Martin Casas und der großen Unterstützung von Birgit Rauchfuß, entwickelten wir zunehmend Ideen und Zusammenhänge, um die Behandlung von Anton kindgerecht auf die Grundlage des NKR zu stellen.

Hierzu war es wichtig die zugrundeliegenden Diagnosen und die daraus resultierenden Störungen der einzelnen zu beobachtenden Wahrnehmungsbereiche gegenüberzustellen, aber auch seine vorhandenen kognitiven und emotionalen Stärken für die Therapie zu nutzen.

Anton ist ein 10-jähriger aufgeweckter Junge mit gutem aktivem und passivem Sprachschatz, einer guten kristallinen und fluiden Intelligenz und altersgerechter sozialer Kompetenz. Er ist in seinem Umfeld überaus beliebt, aufgrund seiner Hilfsbereitschaft, Empathie und Schlagfertigkeit.

Die Probleme im Bereich der Graphomotorik, Visuomotorik, motorischen Planung und Grobmotorik sind erheblich. Freies aufrechtes Sitzen war ihm zu Beginn der Behandlung nur sehr kurz möglich. Gehen am Posteriorwalker oder an 4-Punkt Stöcken (beidseitig) war möglich, jedoch mühsam.



- Wie wollten wir nun vorgehen?
- Was zuerst? / was war wichtig? / was war Voraussetzung für weitere aber auch parallel stattfindende Entwicklungsschritte?

Eine Stabilität im Rumpf sowie die Kontrolle der Füße zum Untergrund waren die Basis, mit der wir beginnen wollten. Ohne eine stabile Haltung des Körpers im Raum würden alle weiteren und vor allem höher angelegten Entwicklungsaufgaben immer schwierig bleiben. Anton musste also lernen seine Aufmerksamkeit auf die Position der Füße zu lenken, um den Kontakt zum Boden nicht zu verlieren, wenn er in der oberen Extremität aktiv war. Dies würde vor allem die elementaren Schemata, das qualitative und quantitative Rekrutierungsdefizit und die abnorme Irradiation positiv beeinflussen.

Einen Vergleich, den Birgit Rauchfuß in der Fallbesprechung in den Raum warf, war entscheidend für das Verständnis des eigentlichen Problems.

- „Stell dir vor du sitzt auf einem Schwebebalken und sollst dir eine schwere Winterjacke anziehen. Wie wird das wohl funktionieren...? Gar nicht - habe ich mir gedacht!“



Ohne festen Bodenkontakt, keine zielgerichtete und erfolgreiche Aktivität.

Im Gegensatz zum bisherigen Verständnis der pädiatrischen Arbeit, haben wir den Fokus nicht auf die Adaption des Problems gelegt und nicht auf Hilfsmittel sowie rein kognitive Strategien gesetzt, mit denen das Kind lernen soll, das Problem adaptiv zu lösen, sondern wir haben begonnen an der grundlegenden Wahrnehmungsproblematik zu arbeiten. Das war etwas, was Anton auch aufgrund seiner guten kognitiven Fähigkeiten und Aufmerksamkeit aktiv mitgestalten und beeinflussen konnte.



Die Arbeit mit Anton an der Verbesserung seiner spezifischen Motorik, das Lenken der Aufmerksamkeit auf die dazu notwendigen Wahrnehmungsbereiche zur Verbesserung der sensomotorischen Funktion, war der Schlüssel für das Erwerben von Handlungskompetenz bzw. der

aus dem Handeln resultierenden Betätigung.

Um die Aufmerksamkeit auf die Füße zu lenken war es notwendig dies spielerisch und mit hoher Motivation des Kindes einzufädeln.

Das „Jacke anziehen“ als Übung zu nutzen war hier kontraproduktiv, da die hohe koordinative motorische Anforderung der oberen Extremität eine reine Aufmerksamkeit auf die Füße nicht ermöglichen konnte.

Wir brauchten also eine Übung im Sinne einer spielerischen, zielgerichteten Wahrnehmungsaufgabe, reduziert auf einen Wahrnehmungsbereich, nämlich das Positionieren der Füße in einem vorbereiteten, eingegrenzten vorderen Körperaum. Wenn es uns gelingen würde Antons Aufmerksamkeit auf die kinästhetische Wahrnehmung der unteren Extremität zu lenken, wäre es möglich, dass er in der oberen Extremität zielgerichteter und damit erfolgreicher handlungsfähig werden würde.

Wir entwickelten im Spiel ein Spiel, das zur Übung wurde!

Behandlungsplanung

Endziel

Anton lernt in den Behandlungseinheiten der nächsten 3-6 Monate die Pathologie seiner unteren Extremität zu kontrollieren, um in der oberen Extremität größtmöglich zielgerichtet aktiv zu sein. Er lernt seine Jacke zu Beginn der Stunde aus und am Ende der Stunde wieder anzuziehen. Er lernt diese Fähigkeit in seinen Alltag zu integrieren und kann langfristig einen weiteren Schritt in die Selbständigkeit und Autonomie erreichen.



Die sensomotorisch-perzeptive Übungseinheit in der Therapie hat einen zeitlichen Rahmen von 45 min 1x in der Woche. Anton übt zu Hause mit der Mutter morgens bei der Aktivität Jacke An- und Ausziehen. Außerdem üben sie seine Ferse so zu kontrollieren, dass er eine stabile, aufgerichtete Position im Rumpf behält. Hierzu ist es notwendig, dass er im häuslichen Umfeld bei dem An- und Ausziehen der Jacke eine sitzende Position einnimmt. Hierzu wird zu Hause eine entsprechende Sitzgelegenheit vor der Garderobe installiert.

Zwischenziel

Anton kann nach ca. 10 Einheiten, im Sitzen ohne Rückenlehne, bilateral eine taktil kinästhetische Wahrnehmungsaufgabe beider Füße, über einen Zeitraum von 30 Minuten im vorderen, unteren Körperraum lösen und die Position seiner Füße kinästhetisch erkennen.

Im Folgenden stelle ich nur eine Auswahl der durchgeführten Übungen vor:

1. Übung

Fokussierung der kinästhetischen Wahrnehmung auf Beine und Füße in Bezug zum Körper

Inhalt der Übung

Förderung der Aufmerksamkeit auf die untere Extremität bei gleichzeitiger aktiver Sitzhaltung mit geringer Unterstützungsfläche im Rücken (Kontrolle der abnormen Irradiation und der elementaren Schemata in der oberen Extremität).

Modalität der Übung

Anton sitzt auf einer Bank. Die Füße sind parallel hüftbreit aufgestellt auf dem Koordinatenbrett (aus dem ital. Battaglia navale).

Das Brett ist so ausgerichtet, dass die Mittellinie des Bretts die Körpermittellinie nach unten und vorne hin verlängert.

Anton hat keine Schuhe an, der Untergrund ist glatt. Hier muss er bereits die AIR (Abnorme Irradiation) kontrollieren, um die Füße auf dem „Spielbrett“ zu halten.

Zur Unterstützung der Aufrichtung kann er sich an der rückwärtigen Wand anlehnen; Die Therapeutin sitzt vor Anton. Die Übung wird im 2. Grad durchgeführt (Therapeutin führt den Fuß des Kindes, um möglichst wenig aktive Bewegung im Bein zu provozieren. Abnorme Irradiation sowie ein qualitatives oder quantitatives Rekrutierungsdefizit ist bei aktiver Bewegung zu erwarten und würde die Aufmerksamkeit auf die kinästhetische Wahrnehmung

stark beeinflussen.

Es wird zur Steigerung der Motivation eine „Story“ erfunden. Es ist wichtig, dass diese „Story“ jene Körperteile und Aufmerksamkeitsanforderungen so integriert, dass diese unmittelbarer Teil der Geschichte und damit der Aufmerksamkeit sind. Nur so kann das Kind die Wahrnehmungsaufgabe gezielt, ohne Umwege durchführen und auch kortikal korrekt abspeichern. Die Wahrnehmungsaufgabe muss immer im Zentrum der Geschichte stehen.

Ablauf der Übung (siehe Bild Seite 32)

- Rechter Fuß ist ein Dieb
- Linker Fuß ist die Polizei
- Der Dieb "ist gefangen" wenn der Polizeifuß auf der gegenüberliegenden Seite die Position des Diebes erkennt und sich korrekt positioniert
- Therapeutin positioniert den "Dieb" auf der rechten Seite der Körpermittellinie
- Therapeutin positioniert die "Polizei" auf der linken Seite der Körpermittellinie
- Anton muss die Positionen vergleichen und erkennen

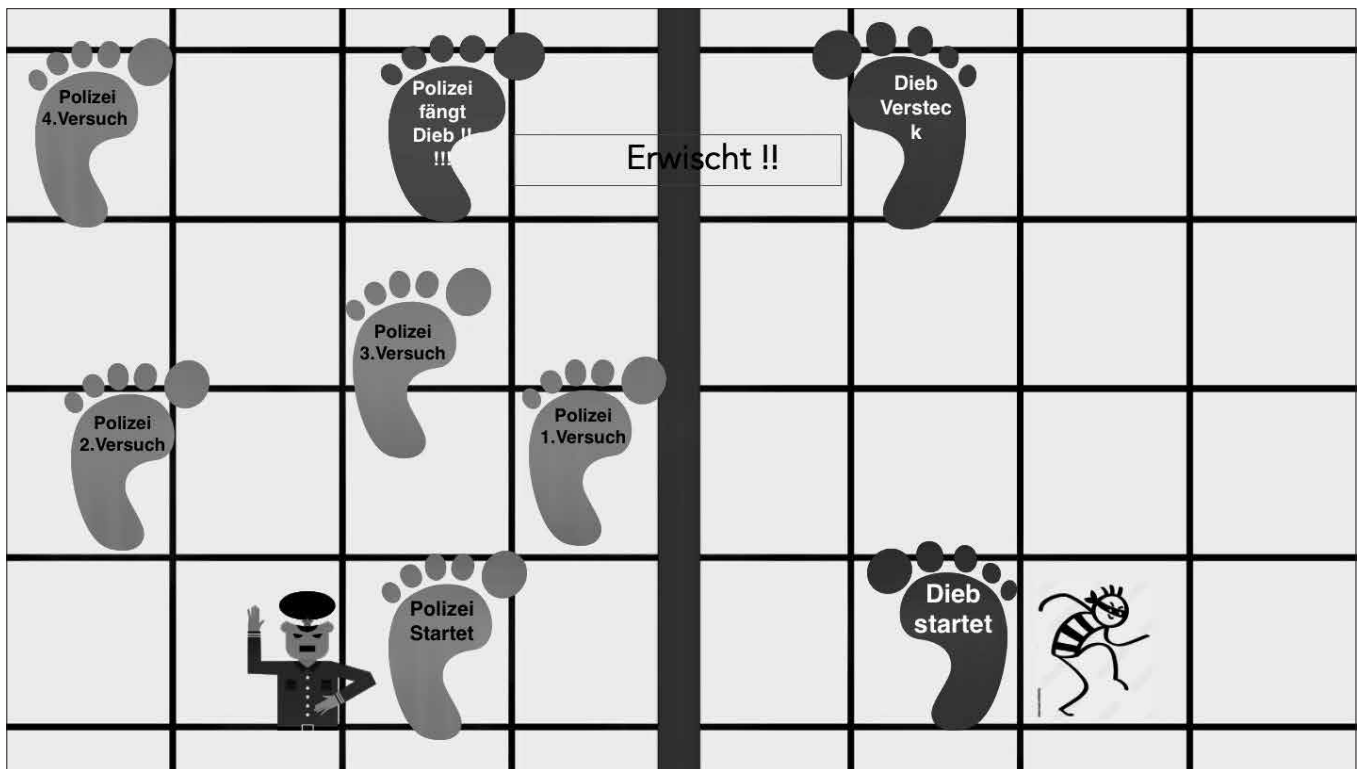
Anweisung

„Dein rechter Fuß ist ein Dieb. Er befindet sich auf der Flucht. Damit die Polizei ihn nicht findet, schlägt er „Haken“ bevor er sich versteckt. Der linke Fuß ist die Polizei. Lässt der Dieb sich nieder, muss der „Polizeifuß“ auf der linken Körperseite in der spiegelgleichen Position von Dir erkannt werden. Erst dann ist der Dieb gefangen.“

Die Therapeutin positioniert den „Polizeifuß“ auf unterschiedliche Positionen und Anton muss die Positionen Dieb und Polizei vergleichen. Die Therapeutin bewegt den Fuß im Verlauf der Übung zunächst linear, bevor sie ihn auf einer Position niederlässt. Während der Übung sitzt Anton ohne Unterstützungsfläche im Rücken.

In der weiteren Spielrunde bewegt die Therapeutin den Fuß kreuz und quer über das Spielbrett, bevor sie ihn absetzt. Das erschwert die Wahrnehmungsaufgabe, da er dann zusätzliche Raumrichtungen in seinen kortikalen Vergleich mit einbeziehen muss.





Ziel

Anton sitzt frei in aktiver Aufrichtung. Diese Anforderung wird er immer nur in Intervallen ausführen können, da er keinen stabilen Haltungshintergrund hat (Rumpfmuskulatur nicht ausreichend ausgebildet). Die Übung fokussiert Anton auf die Position der Beine und der Füße.

Die Anforderung besteht darin, in der Aufrichtung zu bleiben und dennoch die Position der Füße zu vergleichen. Schwerpunkt dieser Übung liegt in der kinästhetischen Wahrnehmung der Beine und Füße in Bezug zu Körper und Raum. Das lineare Positionieren erleichtert den Vergleich. Die Hinzunahme von Seitwärtsbewegungen erschwert den mentalen Vergleich.

2. Übung

Druckwahrnehmung unter der Ferse

Inhalt der Übung

Fokussierung auf die Druckwahrnehmung der Fersen, insbesondere der linken Ferse zum Boden.

Förderung der Aufmerksamkeit auf die untere Extremität, bei gleichzeitiger aktiver Sitzhaltung mit geringer Unterstützungsfläche im rückwärtigen Raum, (Kontrolle der AIR und der ES in der oberen Extremität).

Modalität der Übung

Gleiche Modalität wie in Übung 1.

Die „Story“ wird erweitert, um die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Position der **Fersen zum Boden** zu erreichen. Jetzt ist es wichtig, dass die Position der Fersen eine zentrale Rolle in der Geschichte darstellen und somit die Aufmerksamkeit gezielt hierher zu lenken.

Erweiterte Anweisung „Spiel“

„Nun ist der Dieb doch untergetaucht und die Polizei muss ihn anhand seines Fußabdruckes identifizieren. Da der Dieb einen Fersenabdruck im Schnee hinterlassen hat kann die Polizei diesen mit einem Fersenabdruck vom Tatort vergleichen.“

Die Therapeutin platziert den „Dieb“ auf dem Koordinatenbrett und bringt die Ferse auf einen Schwamm. Anton muss sich den Druck der Ferse auf dem Schwamm (Fersenabdruck) merken. Wie tief ist der Abdruck im Schnee? Erkennt man die ganze Form der Ferse, weil der Fuß tief eingesunken ist oder nur eine Oberfläche?

Nun bekommt der „Polizeifuß“ verschiedene Schwämme angeboten und muss diese mit dem Abdruck des Diebes mental vergleichen.“

Er muss eine perzeptive Hypothese bilden, was er unter seinem Fuß erwarten wird. Nämlich unterschiedlichen Druck in Bezug zum Boden.

Ziel

Anton hat in der ersten Übung zunächst die Aufmerksamkeit auf die kinästhetische Wahrnehmung der Beine und Füße gerichtet. Nun richten wir den Fokus auf die Druckwahrnehmung der Ferse. Dies ist notwendig damit Anton bei den folgenden Übungen in der oberen Extremität die Wahrnehmung gezielt auf die Ferse richten kann, um diese auf dem Boden zu halten.

Evaluation und Resümee des bisherigen Behandlungsverlaufes

Die „neurokognitive Brille“ verändert die Herangehensweise in der Therapie mit Kindern. Die Reduktion und Anpassung der Aufgabe auf nur eine Wahrnehmungsqualität, ermöglicht Anton eine maximale Aufmerksamkeit während der Übung. Diese erhöhte Aufmerksamkeit ermöglicht ihm gezielter und nachhaltiger sensomotorisch zu lernen. Eine Schwierigkeit für die Kinder, und eben auch für Anton, ist das Ausbleiben eines schnellen, sichtbaren Erfolges im Alltag. Das erfordert von ihm sehr viel Geduld, Ausdauer und für sein Alter ein hohes Maß an Weitsicht.

Es ist notwendig die Übungsaufgaben für das Kind überschaubar, interessant, anregend und lösbar zu gestalten. Können wir die Aufmerksamkeit des Kindes für die Übung bzw. das Spiel, die Handlung oder den kreativen Prozess gewinnen, kann ein sensomotorischer Lernprozess gezielt stattfinden. Diesen erlebt das Kind dann als Erfolg.

Anton hat inzwischen einen besseren Haltungshintergrund sowie eine bessere motorische Planung entwickeln können. Das vereinfacht ihm inzwischen viele Alltagshandlungen und konnte seine räumlich-konstruktiven Kompetenzen verbessern.

Die neurokognitive Rehabilitation in der Ergotherapie, die Physiotherapie, die Reittherapie und die täglichen Übungen, Anforderungen und sozioemotionalen Bindungen im Alltag des Kindes, bilden zusammen einen ganzheitlichen Ansatz, der Anton auch langfristig eine größtmögliche soziale, kulturelle und produktive Teilhabe ermöglicht.

Einen herzlichen Dank an Anton und seine Eltern, die es uns ermöglichen die Behandlung von Anton zu dokumentieren und zu veröffentlichen. So können wir unsere Pionierarbeit mit dem Kolleg*innen teilen und weiterentwickeln.

An dieser Stelle möchte ich auf die **Arbeitsgruppe NKR_kids** hinweisen, die wir Anfang des Jahres 2022 ins Leben gerufen haben.

Hier tauschen wir uns 1x im Quartal über ZOOM mit interessierten Kolleg*innen über die Möglichkeiten der NKR in der Pädiatrie aus.

Anmeldungen unter:

Katharina Eckstein
Praxis für Ergotherapie
Hauptstraße 51
51503 Rösrath/NRW
Tel.:02205908844
Info@ergotherapie-eckstein.de

Weitere Informationen über unsere Webseite, Facebook und Instagram

www.ergotherapie-eckstein.de

Literatur

Springer Neonatologie https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-57295-5_4

Urban&Fischer Neuropädiatrie/Neurologische Erkrankungen des Frühgeborenen, Kapitel 2.1/2.2./2.3

Trepel Neuroanatomie, Kapitel Weiße Substanz, S.19
Patientenakte

Arbeitsgruppe Pädiatrie

Seit einigen Jahren beschäftigt sich Katharina Eckstein und ihr Team mit den Einsatzmöglichkeiten der neurokognitiven Rehabilitation in der Pädiatrie. Die Motivation dafür entstand nach einem monographischen Kurs 2018 mit Patricia Casas in Regensburg.

Die andere Sichtweise und Herangehensweise hat sehr beeindruckt, so dass alle Mitarbeiter die Module der Weiterbildung zum „Fachtherapeuten für neurokognitive Rehabilitation (VFCR)®“ besuchen, Katharina Eckstein hat Anfang 2022 die Prüfung absolviert.

Sie war Anfang 2020 eine Woche für einen Hospitationsbesuch bei Patricia Casas in Madrid (s. Artikel Rundbrief 25, Seite 17).

Sie haben für Kinder verschiedene Übungen entwickelt und ausprobiert und haben hierfür eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich 1 Mal im Quartal entweder in Präsenz oder Online trifft.

Diese Arbeitsgruppen ersetzen keine Fortbildung, jeder mit Vorkenntnissen (neurokognitive Rehabilitation), der in der Pädiatrie arbeitet, ist herzlich willkommen.

Kontakt:

Katharina Eckstein,
info@ergotherapie-eckstein.de