

## **Regina Klossek:**

# **Die Kognitiv Therapeutischen Übungen in der Pädiatrie**

**Erfahrungsbericht aus meinem Praktikum bei Dr.ssa Ise Breghi in Pisa**

Vielleicht haben auch Sie wie ich vor geraumer Zeit schon mal versucht, Kinder nach den Kognitiv Therapeutischen Übungen von Prof. Perfetti zu behandeln. Bereits die Befundaufnahme gestaltete sich mehr als schwierig. Ich habe mich auch schon häufig mit meinen Kolleginnen, die viel im pädiatrischen Bereich arbeiten, darüber unterhalten. Der Konsens war immer ziemlich ähnlich: Wie lassen sich die (gerade für Kinder) auf den ersten Blick recht abstrakt erscheinende Übungen kindgerecht gestalten? Wie kann man die Aufmerksamkeit der Kinder für derartige Übungen gewinnen und diese dann innerhalb der Übungen für einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten?

Ich hatte auf all diese Fragen keine Antworten und entschloss mich also, zur Quelle der Erkenntnisse zu gehen. Ich entschied mich zu einem 3 monatigem Praktikum in Pisa bei Dr.ssa Ise Breghi (Physiotherapeutin) und Dr.ssa Paula Puccini („neurofisiatra riabilitatore“ (italienische Berufsbezeichnung für einen Arzt, der sich auf den Bereich der Rehabilitation konzentriert).

Zunächst zur Institution dort:

Das Therapiezentrum heißt „centro studi Vygotskij“. Es ist eine private Institution, in welcher ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden. Neurologische Krankheitsbilder wie SHT, Schlaganfall, ICP aber auch verhaltensauffällige, ent-

wicklungsverzögerte oder dyspraktische Kinder habe ich dort in der Behandlung sehen können. Zur Zeit meines Praktikums habe ich Kinder von 3 – 19 Jahren in Behandlung gesehen. Einige Dinge sind ähnlich zur Erwachsenenbehandlung, andere wiederum sehr unterschiedlich. In diesem Artikel möchte ich Ihnen erste, vielleicht auch recht einfach in die Praxis umzusetzende Tipps mit an die Hand geben, um auch im pädiatrischen Bereich mehr nach den Behandlungsprinzipien des Perfetti-Konzeptes arbeiten zu können.

Erst mal zu den rein praktischen



Umsetzungen der Übungen mit Kindern:

Anstatt Positionsbezeichnungen 1, 2, 3 usw. werden eher Tiernamen oder Spielzeuge verwendet, die dann auch schön z.B. in eine Geschichte eingebaut werden können („Ist der Startpunkt unserer Reise der Bagger oder das Auto? Und fühl jetzt mal genau, welches Tier wir als erstes mit in unser Auto nehmen.“).

Anstatt nur zu fragen, wo auf dem Kippbrett sich mehr Gewicht befindet, könnten man gut Figuren auf die jeweiligen Seiten setzen und dann die Frage stellen: „Welches Tier von beiden hat mehr gegessen?“.

Die verschiedenen Höhen der farbigen Stäbchen könnten ihrer Farbe entsprechend zu verschiedenen Obst- und Gemüseteilen assoziiert werden.

Beim Arbeiten mit der unteren Extremität von Kindern, könnte man diese einfach mit verschieden hohen

Bänken abdecken, um zu vermeiden, eine Augenbinde benutzen zu müssen. Auch wenn sich diese „Ablage“ eigentlich gut dafür eignen würde, z.B. die möglichen Oberflächen darauf sichtbar zu machen, ist davon eher abzuraten, weil es das Kind nur dazu einlädt, damit zu spielen und so von der eigentlichen Aufgabenstellung ablenkt. Wenn das Kind die möglichen Oberflächen, die z.B. unter den Füßen dargeboten werden, auch sehen soll, ist es angebracht, diese außerhalb der Reichweite des Kindes zu positionieren, damit die Aufmerksamkeit zum größten Teil in den jeweiligen Körperabschnitt, mit dem gerade gearbeitet wird, gelenkt werden kann.

Einen anderen schwierigen Aspekt, den ich direkt in meiner ersten Erprobung dieser Übungen mit Kindern erleben musste, ist es, die Aufmerksamkeit und Motivation der Kinder für diese spezielle Art von Übungen zu gewinnen. Auch für diese Schwierigkeit habe ich in der Interaktion mit Kindern in Italien einige recht wirksame „Tricks“ miterleben können. Teilweise sind es nur scheinbare Kleinigkeiten z.B. hinsichtlich der Wortwahl, jedoch haben sie teilweise große Wirkung.

Die erste Annäherung an die Kinder erfolgte häufig über das Angebot, dass das Kind selbst ein erstes Fangsspiel auswählen durfte. Das folgende wurde dann von der Therapeutin ausgesucht.

Auch wurde sehr bewusst das Wort „Übung“ ersetzt durch „Spiel“. Denn ein Kind äußerte mal sehr klar, dass es nicht üben, sondern spielen wolle. Auch dies zeigt die große Bedeutung, die der Sprache/Wortwahl der Therapeutin zukommt.

Wenn der Therapeut bemerkt, dass die Aufmerksamkeit des Kindes während der Übung nachzulassen droht, kann ein Modalitätenwechsel sehr hilfreich sein. Besonders das Angebot, dass das Kind sich selbst eine Position, zu der z.B. seine Hand geführt wird, aussuchen kann, weckt direkt das Interesse und damit die Aufmerksamkeit des Kindes. Denn anschließend soll es überprüfen, ob der Therapeut wirklich zu seiner ausgewählten Position gegangen ist, oder ob er einen Fehler gemacht hat. Dies könnte man als

eine spielerische Umsetzung der Benutzung der Antizipation und damit der Anbahnung einer Imaginatior ansehen. Wenn auch dies nicht ausreicht, könnte auch ein Übungswechsel z.B. auf eine andere Informationsart in der Behandlung des selben Körperteils sinnvoll sein.

Auch die Therapeutin kann zwischendurch immer mal wieder zum Patienten werden. Übungen, die zuvor am Kind durchgeführt wurden, führt nun das Kind an der Therapeutin aus. Dabei macht die Therapeutin bewusst Fehler, um während der anschließenden Korrektur durch die Verbalisierung der kognitiven Prozesse die innere Sprache des Kindes bewusst zu machen.

Insgesamt gesehen sollte die Therapeutin extrem variabel sein und das ihr vom Kind Angebotene aufnehmen, um es dann weiter in eine sinnvolle therapeutische Richtung lenken zu können.

Dann habe ich noch einen anderen großen Schwerpunkt erlebt, den ich so ausgeprägt nicht aus der Erwachsenen Behandlung kannte (abgesehen vielleicht von Apraxiebehandlungen):

Den Bereich der Transformationsleistungen, der häufig bei dyspraktischen Kindern stark eingeschränkt ist.

Transformation heißt Umwandlung und bedeutet, dass Informationen aus einem System, z.B. dem visuellen in somästhetische umgewandelt werden können.

Beispiele:

Visuell – somästhetisch (und umgekehrt):

Kinästhetisch: Wenn eine bestimmte Raumorientierung einer visuell erfassten Linie anschließend mittels geführter Bewegungen der Schulter aus anderen gespürten Bewegungen differenziert werden soll (und umgekehrt).

Taktil: Wenn nur visuell dargebotene Oberflächenqualitäten taktil erkannt werden sollen und umgekehrt, wenn die Oberflächen nicht gesehen, sondern nur erspürt wurden und das

Kind anschließend zeigen soll, welche es gewesen sein könnte.

Somästhetisch – linguistisch:

Wenn eine taktile und/oder kinästhetische Information verbalisiert werden soll (z.B. das Kind soll beschreiben, welchen Unterschied es bei der einen bzw. anderen Oberflächenqualität bzw. bei der einen oder anderen Position und damit Gelenkposition spürt).

Bezüglich dyspraktischer Störungen haben Dr.ssa Puccini und Dr.ssa Breghi einen speziellen Dyspraxietest erarbeitet. In diesem Test wird jede Arbeitseinheit (Augen, Kopf, Rumpf, obere und untere Extremität) sowohl in Dekodierung als auch Produktion in allen Transformationsleistungen befunden. Natürlich auch alle Sensibilitätsformen (taktil, kinästhetisch, Druck usw.) werden innerhalb jeder Arbeitseinheit für sich



gesehen in der punktuellen und sequentiellen Erkennung getestet. Nach Auswertung dieses Tests ist die Therapeutin sehr genau in der Lage, zu bestimmen, bei welcher Arbeitseinheit welche Sensibilitätsdefizite und Transformationsleistungen eingeschränkt sind. Diese Auswertung bildet dann die Basis für die Auswahl der adäquaten Übungen und Auswahl der entsprechenden Übungsmodalitäten.

Das nur kurz zur Dyspraxie.

Kurz möchte ich noch von einem anderen Schwerpunkt in der pädiatrischen Behandlung gerade neurologischer Fälle erzählen.

Und zwar der Bedeutung des visuellen Systems:

Leider waren zu meiner Praktikumszeit wenig Babies oder Klein-

kinder in der Therapie angemeldet, so dass ich nur selten Übungen für das visuelle System gesehen habe. Jedoch haben diese Beispiele bereits ausgereicht, um mir noch mal die Bedeutung des visuellen Systems z.B. für die Kopfhaltung deutlich werden zu lassen. Denn häufig bedingt mangelnde Fixierungsfähigkeit der Augen oder mangelnde Fragmentierung zwischen Kopf- und Augenbewegungen eine Fehlstellung des Kopfes. Auch die Wahl der Übungsmodalität wird anhand des jeweiligen Entwicklungsstandes ausgesucht. Zuerst wird die Blickfixierung peripher zu beiden Raumseiten hin von schwarz/weißen Figuren angestrebt, später werden Gesichter, also bereits deutlich komplexere Figuren verwendet, hin zu bunt und zentralem Fixieren. Dann wird die Blickalternanz zwischen zwei visuellen Stimuli gefordert und erst danach die Teilung der Aufmerksamkeit z.B. zu einem Erwachsenen hin, indem das Kind dort hinschaut, wohin der Therapeut seinen Blick hinrichtet bzw. mit seinem Zeigefinger hinzeigt. Und auch dazu gibt es jeweils immer noch sehr viele Variationen.

2 Kleinkinderbehandlungen mit Traparese durfte ich sehen, in denen besonders am visuellen System gearbeitet wurde, um dieses dann als Basis für die darauf folgende Auge – Hand- bzw. Auge – Fuß Koordination zu benutzen. Ich war beeindruckt, wie Ise Breghi es immer wieder schaffte, die Aufmerksamkeit des Kindes auf seinen Körper zu lenken und wie schnell dies nach außen z.B. durch Kontrolle der abnormen Reaktion auf Dehnung deutlich wurde.

All diejenigen, die ich vielleicht ein wenig neugierig auf mehr Wissen zur Umsetzung der Übungen in der Pädiatrie machen konnte, kann ich sagen, dass ich dabei bin, für 2010 anerkannte Kurse mit Ise Breghi hier in Deutschland zu organisieren, in denen ich als Übersetzerin fungieren werde. Geplant sind Einführungs- und Basiskurse sowie monographische Kurse zum Thema „Dyspraxie“ und „Die Bedeutung des visuellen Systems“. Ich wäre sehr froh, dazu beitragen zu dürfen, wenn zukünftig in Deutschland auch Kinder nach den Kognitiv Therapeutischen Übungen von Prof. Perfetti behandelt werden könnten.