

10.
Auflage

HEILPÄDAGOGIK



Kesper • Hottinger

Mototherapie bei Sensorischen Integrationsstörungen

reinhardt

Gudrun Kesper Cornelia Hottinger

Mototherapie bei Sensorischen Integrationsstörungen

Eine Anleitung zur Praxis

10., durchgesehene Auflage
Mit 79 Abbildungen

Ernst Reinhardt Verlag München

Gudrun Kesper, Motopädin, 26 Jahre am Sozialpädiatrischen Zentrum der Kinderklinik Siegen. Seit über 20 Jahren Fortbildungen für pädagogische und therapeutische Fachkräfte im In- und Ausland. Leitung des SIM-Instituts für Weiterbildung und der Praxis für Mototherapie seit 1998. Kooperationspartner der Donau-Uni in Krams/A. Lehrgangsleitung des postgradualen Uni-Lehrgangs Si-Mototherapie (MSc).

Cornelia Hottinger, Heilerziehungspflegerin und Motopädin, war lange am Sozialpädiatrischen Zentrum der Kinderklinik Siegen, jetzt Freie aktive Schule Wülfrath, Montessori-Ausbildung

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-03252-5 (Print)

ISBN 978-3-497-61866-8 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61867-5 (EPUB)

10., durchgesehene Auflage

© 2024 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Covermotiv: © Köpenicker – fotolia.com

Satz: Rist Satz & Druck GmbH, 85304 Ilmmünster

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639

München Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

1.	Einleitung	11
2.	Grundlagen der Sensorischen Integration	13
2.1.	Aufbau und Funktion des Gehirns	13
2.1.1.	Der Hirnstamm	15
2.1.2.	Das Kleinhirn	16
2.1.3.	Das Zwischenhirn	16
2.1.4.	Der Balken	16
2.1.5.	Limbisches System oder der „alte Kortex“	17
2.1.6.	Die Großhirnrinde (Neokortex)	17
2.1.7.	Die Funktionsprinzipien des Gehirns	18
2.2.	Entwicklung der kindlichen Motorik	22
2.2.1.	Die wichtigsten Schritte der grobmotorischen Bewegungsmuster	22
2.2.2.	Die Prinzipien der motorischen Entwicklung	27
2.2.3.	Die frühkindlichen und persistierenden Reflexe	29
2.2.4.	Die Beschreibung der tonischen Nackenreflexe	31
2.3.	Entwicklung der Wahrnehmung	34
2.3.1.	Der Hautsinn oder die taktile Wahrnehmung	34
2.3.2.	Der Stellungs- und Spannungssinn, die Tiefensensibilität oder kinästhetische Wahrnehmung	35
2.3.3.	Der Gleichgewichtssinn oder die vestibuläre Wahrnehmung	36
2.3.4.	Der Geruchssinn	37
2.3.5.	Der Geschmackssinn	37
2.3.6.	Der Gehörsinn	37
2.3.7.	Der Gesichtssinn oder das Sehen	38
2.3.8.	Die Wahrnehmungsverarbeitung	39
3.	Sensorische Integration	42
3.1.	Was ist Sensorische Integration?	42
3.1.1.	Die Handlungsebenen	44
3.1.2.	Verhalten eines gut sensorisch integrierten Kindes	45
3.1.3.	Prinzip der verschiedenen Funktionsebenen	45
3.2.	Bereiche der Sensorischen Integration	46
3.2.1.	Taktil-kinästhetischer Bereich	47
3.2.2.	Vestibulärer Bereich	49
3.2.3.	Körperorientierung	51
3.2.4.	Praxie (Bewegungsplanung)	53
3.3.	Störungen der Sensorischen Integration	55
3.3.1.	Taktil-kinästhetischer Bereich	56

3.3.2.	Vestibulärer Bereich	58
3.3.3.	Körperorientierung	59
3.3.4.	Dyspraxie	62
4.	Sensorisch-integrative Motodiagnostik	63
4.1.	Verlauf des diagnostischen Prozesses	63
4.1.1.	Ärztliche Untersuchung	64
4.1.2.	Indikationen zur Mototherapie	65
4.1.3.	Erstgespräch mit den Eltern	66
4.1.4.	Elternfragebogen zur Verhaltensbeobachtung	68
4.1.5.	Gespräch mit Erziehern/Lehrern	70
4.2.	Klinische Beobachtung	71
4.2.1.	Organisation der klinischen Beobachtung	73
4.2.2.	Beobachtungen zum Verhalten und zur Motorik	76
4.3.	Beschreibung der Beobachtungsaufgaben	79
4.3.1.	Aufgabe 1: Bild ergänzen nach Vorlage (Grafomotorik)	79
4.3.2.	Aufgabe 2: Eine Linie ziehen (Grafomotorik)	79
4.3.3.	Aufgabe 3: Hautreaktion (Taktile Sensibilität)	80
4.3.4.	Aufgabe 4: Punkte lokalisieren und diskriminieren (Taktile Wahrnehmung)	81
4.3.5.	Aufgabe 5: Ertasten von Formen (Tastwahrnehmung)	81
4.3.6.	Aufgabe 6: Formen erkennen und zeichnen (Hautzeichnung)	83
4.3.7.	Aufgabe 7: Fingerdifferenzierung (Kinästhesie)	83
4.3.8.	Aufgabe 8: Fußdifferenzierung (Kinästhesie)	85
4.3.9.	Aufgabe 9: Augenmuskelkontrolle (Vestibulärer Bereich)	85
4.3.10.	Aufgabe 10: Armstellungen nachahmen und Körperteile benennen (Körperschema)	86
4.3.11.	Aufgabe 11: Nachklatschen (Bewegungsplanung)	87
4.3.12.	Aufgabe 12: Nachlegen von Formen (Bewegungsplanung)	87
4.3.13.	Aufgabe 13: Reihenfolge erkennen und nachlegen (Bewegungsplanung)	88
4.3.14.	Aufgabe 14: Übungen auf dem Rollbrett (Stellungsintegration)	89
4.3.15.	Aufgabe 15: Rolle vorwärts (Stellungsintegration)	91
4.3.16.	Aufgabe 16: Krabbeln mit Sandsäckchen auf dem Kopf (Stellungsintegration – Handstütz)	91
4.3.17.	Aufgabe 17: Gehen mit geschlossenen Augen (Raumwahrnehmung, kinästhetische Wahrnehmung, Gleichgewicht)	91
4.3.18.	Aufgabe 18: Drehen auf dem Rollbrett (Nystagmus)	93
4.3.19.	Aufgabe 19: Einbeinstand (Gleichgewicht)	93
4.3.20.	Aufgabe 20: Hüpfen (Lateralisation)	94
4.3.21.	Aufgabe 21: Balancieren auf einer Linie (Gleichgewicht)	95
4.3.22.	Aufgabe 22: Beidhändiges Fangen (Bilateralintegration)	96
4.3.23.	Aufgabe 23: Armkreise (Stellungsintegration)	96
4.3.24.	Aufgabe 24: Beobachtungen bei den Aufgaben	96

4.4.	Differenzialdiagnostik	100
4.4.1.	Hyperaktivität	100
4.4.2.	Autistische Züge	101
4.4.3.	Dyspraxie	102
4.4.4.	Grafomotorische Störungen	104
4.4.5.	Umerzogene Linkshänder	106
4.4.6.	Lese-Rechtschreib-Schwäche	106
4.4.7.	Dyskalkulie	107
4.5.	Auswertung und Zielplanung	108
5.	Elternkonzept	110
5.1.	Erstgespräch	111
5.2.	Beratung	113
5.3.	Therapie	115
5.3.1.	Verarbeitung von Behinderung/Störung	117
5.3.2.	Hilfestellung in der Verarbeitung	119
5.3.3.	Therapeutinnenverhalten	120
6.	Sensorisch-integrative Mototherapie	122
6.1.	Therapieplanung	122
6.1.1.	Struktur des therapeutischen Prozesses	122
6.1.2.	Beratung von Lehrern und Erziehern	122
6.1.3.	Einzelbehandlung	123
6.1.4.	Gruppenbehandlung	124
6.2.	Arbeitsmethoden	125
6.2.1.	Die allgemeinfördernden Maßnahmen	125
6.2.2.	Therapeutinnenverhalten	127
6.2.3.	Individualisierende Maßnahmen	128
6.3.	Therapieziele	129
6.4.	Elemente der Therapie	130
6.4.1.	Taktil-kinästhetischer Bereich	132
6.4.2.	Vestibulärer Bereich	134
6.4.3.	Körperorientierung	135
6.4.4.	Praxie	137
6.5.	Struktur der Therapiestunde	139
6.6.	Verlauf einer Behandlung	143
6.7.	Anwendungsbeispiele	145
6.7.1.	Hyperaktivität	146
6.7.2.	Autistische Züge	146
6.7.3.	Aggressive Verhaltensweisen	147
6.7.4.	Dyspraxie	148
6.7.5.	Down-Syndrom	148
6.7.6.	Mehrfachbehinderungen	149
6.7.7.	Störungen der Augenmuskelkontrolle (Schielen)	150
6.7.8.	Athetoide und ataktische Mitbewegungen	150
6.7.9.	Sprachstörungen	151

7.	Praxis der Mototherapie	152
7.1.	Taktil-kinästhetischer Bereich	153
7.1.1.	Taktil-kinästhetische Stimulation (Therapieelement A1)	153
7.1.2.	Übungen zur taktilen Wahrnehmung (Therapieelement A2)	156
7.1.3.	Kinästhetische Stimulation (Therapieelement B1)	158
7.1.4.	Übungen zur kinästhetischen Wahrnehmung (Therapieelement B2)	161
7.2.	Vestibulärer Bereich	165
7.2.1.	Vestibuläre Stimulation und Übungen zum Gleichgewicht (Therapieelement C)	165
7.2.2.	Systematische Übungen zur Stellungsintegration und Augenmuskelkontrolle (Therapieelement D)	171
7.3.	Körperorientierung	181
7.3.1.	Aktive Finger- und Fußübungen (Therapieelement E)	181
7.3.2.	Aufbau der Lokomotion (Therapieelement F)	185
7.4.	Praxie	193
7.4.1.	Auge-Hand- und Auge-Fuß-Koordination (Therapieelement G)	193
7.4.2.	Kombinationen von Bewegungsmustern, konstruktive Aufgabenlösungen (Therapieelement H)	200
7.4.3.	Kooperationsspiele, Regelspiele, Spiele ohne Sieger (Therapieelement I)	203
7.4.4.	Pantomimische Spiele, einfache Tänze (Therapieelement K)	206
8.	Anhang	209
8.1.	Liste der Therapiematerialien	209
8.2.	Literatur	210

Eine Übersichtstafel „Mototherapie bei Sensorischen Integrationsstörungen“ ist als Poster diesem Buch beigelegt.

Weiterbildungsseminare zum Thema des Buches

Info und Anmeldung:

SIM – Institut für Weiterbildung und Praxis für Mototherapie

Unterer Hardtweg 17, 57462 Olpe, Tel. +49(0)27 61/96 98 47

E-Mail: info@sim-kurse.de, Net: www.sim-kurse.de

1. Einleitung

In den vergangenen Jahren beschäftigten sich immer mehr Mediziner, Therapeuten und Pädagogen mit dem Thema der Lern- und Verhaltensauffälligkeiten/-störungen bei Kindern. In diesem Zusammenhang wurden viele Bezeichnungen für gleiche oder ähnliche Störungen geschaffen, z.B. Minimale cerebrale Dysfunktion (MCD), Hyperkinetisches Syndrom (HKS) oder Zentrale Koordinations- und Tonusstörungen (ZKTS), Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS, ADHS). Diese Begriffe umfassen eine Vielzahl von Störungen, die in unterschiedlichen Kombinationen auftreten können, beschreiben jedoch die individuellen Störungen eines Kindes nicht.

Gleichgewichtsprobleme, mangelhafte oder verarmte Bewegungsmuster, Steuerungsprobleme, Lern- und/oder Sprachstörungen, sekundäre Verhaltensprobleme – dies sind Auffälligkeiten, die mit den verschiedenen Bezeichnungen in Zusammenhang gebracht werden.

Bei der Suche nach geeigneten Therapiemaßnahmen wurde ein Ansatz plötzlich ganz aktuell, die Sensorische Integration: Sensorische Integration als therapeutische Möglichkeit, Kindern mit Lern- und Verhaltensproblemen zu helfen. Das ist richtig, wenn die Sensorische Integration als ein neuropsychologisches Entwicklungsprinzip verstanden wird, von dem das therapeutische Vorgehen abgeleitet wird. Falsch wird die Aussage, wenn Sensorische Integration als eine Methode der Therapie gesehen wird.

Die neurophysiologischen Grundlagen und die sensorischen und motorischen Entwicklungsschritte wurden von J. Ayres ausführlich beschrieben. Die Störungen im Prozess der Sensorischen Integration brachte sie mit Auffälligkeiten im Verhalten und Lernen in Zusammenhang. Ayres hatte damit eine wichtige und bedeutsame Grundlage für die Arbeit mit lern- und verhaltensauffälligen Kindern geschaffen, da sie deren Störungen und Auffälligkeiten in Beziehung zu neurologischen Funktionen bzw. Funktionsausfällen setzte. Vielfältige und vieldeutige Symptome lassen jedoch keine kausalen Rückschlüsse auf die Ursache oder die zu erwartende Störung zu. Zur Beurteilung des Stellenwertes einer Funktionsstörung in der Gesamtpersönlichkeit ist die Einschränkung entscheidend, die das Kind in seiner Entwicklung erfahren hat. Entwicklungsblockaden aufgrund von Funktionsstörungen können durch ein optimales Umfeld weitgehend kompensiert oder überlagert werden, ohne zu störendem oder auffälligem Verhalten zu führen.

Ausgehend von diesen Überlegungen schien es uns erforderlich, ein Konzept auf der Grundlage neurophysiologischer Zusammenhänge, der Sensorischen Integration und ihrer ungestörten Entwicklung zu erstellen, in dem die Eltern mit ihren Wünschen, Vorstellungen, Sorgen und Ängsten sowie das erweiterte soziale Umfeld einen bedeutsamen Platz einnehmen. Dieses umfassende Konzept der Diagnostik und Therapie von Sensorischen Integrationsstörungen mit der Einbeziehung, Anleitung und Beratung der Eltern

beruht auf der ganzheitlichen Betrachtung des Kindes in seiner individuellen Persönlichkeit und Problematik und den Bedingungen und Anforderungen seines sozialen Umfeldes.

Die Diagnostik orientiert sich an der störungsfreien Entwicklung und untersucht die Qualität von Motorik und Wahrnehmung, die nicht nur altersbezogen betrachtet wird, sondern im Zusammenhang mit den Auffälligkeiten im Lern- und Sozialverhalten. Die diagnostischen Daten aus verschiedenen Lebensbereichen werden untereinander verglichen und es wird geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Symptomatik und den psychomotorischen Störungen festzustellen ist.

Die Vervollständigung der „sensomotorischen Basis“ von Lernen und Verhalten und die Veränderungen des sozialen Umfeldes durch die aktive Mitgestaltung von Eltern, Erziehern/Lehrern ist die Grundlage der Mototherapie. Am effektivsten kann die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit in einer unter therapeutischen Gesichtspunkten zusammengestellten Gruppe mit Eltern und Kindern gefördert werden.

Das therapiebegleitende Elternkonzept will den Eltern helfen, mehr Verständnis für ihr Kind aufzubauen und geeignete Bedingungen zur Entwicklung der individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten des Kindes zu schaffen, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der gesamten Familie. Der Alltag soll dadurch nicht zur Therapie werden, sondern die Therapie wird in den Alltag integriert. In einem gemeinsamen Gespräch werden Lehrer oder Erzieher über die Störung des Kindes aufgeklärt und durch Maßnahmen, zugeschnitten auf ihr Aufgabenfeld, an der Förderung beteiligt.

In zahlreichen Fortbildungen für verschiedene Berufe, die in der Frühförderung tätig sind, ist dieses Konzept der Mototherapie weitergegeben worden. Die Rückmeldungen der Teilnehmer haben gezeigt, dass das Konzept, leicht modifiziert, erfolgreich auf verschiedene Einrichtungen übertragbar ist.