

Vojta +++ Zerebralparese +++ Hypotonie +++ Mentale Beeinträchtigung +++ Dystrophie +++ Mikrozephalie

Physiotherapie bei neurologisch bedingten Bewegungsstörungen im Kindesalter

Behandlungsverlauf eines Kindes mit Hypotonie und mentaler Beeinträchtigung

Barbara Zukunft-Huber

AUF EINEN BLICK

Es wird zunehmend gefordert, die Wirksamkeit verschiedener Behandlungstechniken zu untersuchen. Im Bereich der Pädiatrie sind wissenschaftliche Studien allerdings schwierig, denn jedes Kind ist einzigartig in seiner Persönlichkeit und neurologischen Störung. Der vorliegende Fallbericht setzt die Reihe von Behandlungsverläufen fort. In diesem Beitrag lesen Sie über den dritten Fall der muskulären Hypotonie mit zusätzlicher Dystrophie, Mikrozephalie mit geistiger Behinderung und Hüftdysplasie.

Mentale Beeinträchtigung

Herausforderung für die Therapie

Die Physiotherapie nach spielerischen Gesichtspunkten bei Kindern mit zusätzlicher mentaler Beeinträchtigung ist eine Herausforderung. In diesen Fällen erweist sich das Vojta-Konzept als besonders hilfreich, denn die Bahnung der Therapie erfolgt auch bei diesen Kindern automatisch und ist unabhängig von der geistigen Entwicklung (1-5).

Hilfe auf verschiedenen Ebenen

Da mental gestörte Kinder über äußere Reize kaum ansprechbar sind, ist die Therapeutin ohne Vojta-Kenntnisse oftmals ratlos, wie sie dem Kind am besten helfen kann. Besteht zusätzlich noch eine Hüftdysplasie, dann könnten Spreizhosen oder Pavlik-Bandagen (siehe Glossar) die Motorik empfindlich stören.

Deshalb ist eine zusätzliche Therapie, die in der Behandlung die Hüftstörung mit einbezieht, unerlässlich (6).

Kasuistik

Im vorliegenden Fall bestanden folgende Diagnosen:

- Muskelhypotonie
- Dystrophie bei Trinkschwäche
- Strabismus (siehe Glossar)
- Ungenügende Reaktion auf akustische und optische Reize
- Mikrozephalie
- Hüftdysplasie Typ II b nach Graf (siehe Glossar)

Es handelte sich um eine schwere, nicht progrediente, ätiologisch ungeklärte Enzephalopathie mit motorischer und mentaler Behinderung.

Erstvorstellung

Bei der Erstvorstellung war Tina ein- und einhalb Jahre alt. Nach Angaben des Arztbefundes einer Universitäts-Kinderklinik wurde bis zu diesem Zeitpunkt eine pragmatische Förderung und Physiotherapie nach spielerisch kindorientierten Gesichtspunkten durchgeführt.

Wegen der Hüftdysplasie bekam das Kind im Alter von drei bis fünf Monaten eine Pavlik-Bandage, was die motorische Entwicklung nach Ansicht der Mutter negativ beeinflusst hatte. Zusätzlich erhielt Tina Frühförderung zuhause,



HINWEIS

Den Arztbericht zu diesem Fall können Sie bei der Autorin anfordern.

später Ergotherapie und Logopädie. Da das Kind wenig Fortschritte machte, wechselte die Mutter zur Vojta-Therapie.

Physiotherapeutischer Befund

In Rückenlage beugte Tina beide Arme und Beine vor dem Körper, der Rumpf lag leicht asymmetrisch (Abb. 1a). Sie suchte keinen Blickkontakt, sondern sah ins Leere. Das Mädchen drehte sich nicht auf den Bauch. In Bauchlage stützte sie sich auf die Ellenbogen, die sie aber nicht vor die Schulterlinie nahm. Becken und Oberschenkel lagen auf der Unterlage, wobei die Unterschenkel gebeugt und gestreckt wurden (Abb. 1b).

Tina nahm keinen Kontakt zur Umwelt auf, Spielsachen interessierten sie nicht. Ihr Bewegungsverhalten glich

dem eines drei Monate alten Säuglings. Wurde das Kind in der Senkrechten gehalten, so zeigten die Beine keine Stehbereitschaft (Abb. 1c). Tina konnte nicht sitzen (Abb. 1d).

Instruktion der Mutter

Die Mutter war schon während der ersten Behandlung von der Vojta-Therapie begeistert, denn beim Reflexkriechen konnte sie erstmals eine Anspannung der ganzen Körpermuskulatur, vom gehaltenen Ellenbogen bis zur gehaltenen Ferse, sehen. Sie meinte, Tina hätte noch nie so eine Körperspannung gezeigt. Die Mutter wurde gebeten die Therapie zwei- bis dreimal täglich durchzuführen, wobei sie anfangs das Reflexkriechmuster in Bauchlage auf jeder Seite drei Minuten halten sollte.

Im Laufe der Zeit wurden dann auch die Übungen in Rücken- und Seitenlage mit einbezogen. Bei einer Therapieeinheit wurde zwischen Rücken-, Bauch- und Seitenlage gewechselt, wobei in einer Sitzung nur zwei unterschiedliche Lagen eingenommen wurden und dabei jede Seite fünf Minuten gehalten wurde.

Behandlungsverlauf

Tina mit 3 Jahren

Auffällig war, dass Tina unter der Vojta-Therapie der Umwelt zugewandter wurde. Sie lächelte, entdeckte ihre Füße, sah diese an (Abb. 2a) und nahm sie in die Hände. Das Kind drehte sich oft in die Bauchlage und richtete sich dort in den Kniesitz mit angewinkelten Ellenbogen auf (Abb. 2b). Durch ihr Interesse an einem Stofftier kam sie über den Kniesitz zur Seite (Abb. 2c) und von dort aus alleine zum Sitzen hoch (Abb. 2d). Diese neuen Bewegungsübergänge bereiteten Tina sichtlich Freude.

Tina mit 4 Jahren und 3 Monaten

Das Mädchen hatte mittlerweile schon deutliche Fortschritte erzielt. Tina konnte sich mit dem Ellenbogen seitlich vorwärts ziehen, die Beine beugen und sich dadurch nach vorne schieben (Abb. 3a). Zudem richtete sie sich zwischen den Unterschenkeln auf (Abb. 3b).

Tina mit 4 Jahren und 10 Monaten

Tina wurde zunehmend beweglicher, schneller und fing an zu krabbeln (Abb. 4a), sie beobachtete aufmerksam das Geschehen ihrer Umwelt. In dieser Zeit war es sehr wichtig herauszufinden, was Tina besonders interessierte. Bei den Schüttübungen – Übungen des praktischen Lebens nach Montessori – konnte man beobachten, dass sie sich für Was-

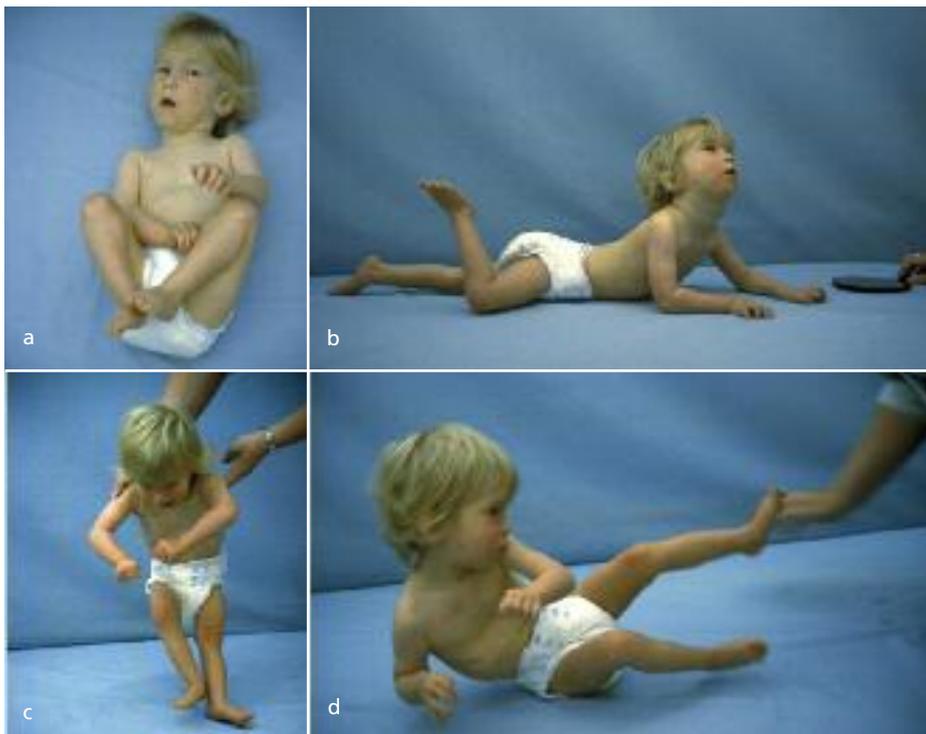


Abb. 1_Tina mit eineinhalb Jahren
 a_Das Mädchen hielt Arme und Beine vor dem Körper
 b_Ellenbogen-Beckenstütz mit angewinkelten Unterschenkeln, die Ellenbogen lagen beim Stütz unter der Schulterlinie
 c_Im Hang baumelten die Beine
 d_Tina kippte sofort um, wenn sie passiv hingesezt wurde

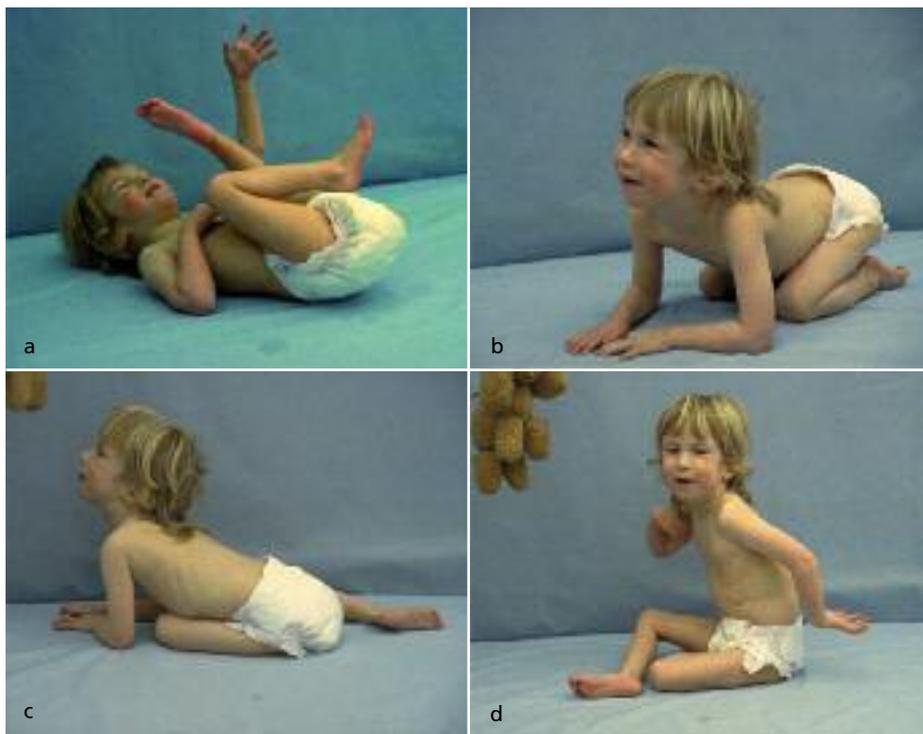


Abb. 2_Tina mit 3 Jahren – nach 1,5 Jahren Vojta-Therapie
 a_Sie betrachtete ihre Füße und griff nach ihnen
 b_Tina beugte beide Beine unter dem Bauch und fing an zu lächeln
 c_und d_Das Mädchen richtete sich zum Sitzen auf

ser begeisterte. Sie krabbelte zu dieser Zeit nur noch und zog sich an Gegenständen in den Kniestand hoch (Abb. 4b und c). Zusätzlich kam Tina auch immer wieder in den Langsitz (Abb. 4d), wobei in dieser Haltung der hypotone Rumpf

besonders zum Vorschein kam. Nach Vojtas Ansicht verstärkte sich die Pathologie in der Senkrechten, weshalb nur auf dem Boden liegend gebahnt werden soll und dem Kind die weitere Aufrichtung überlassen bleiben muss.

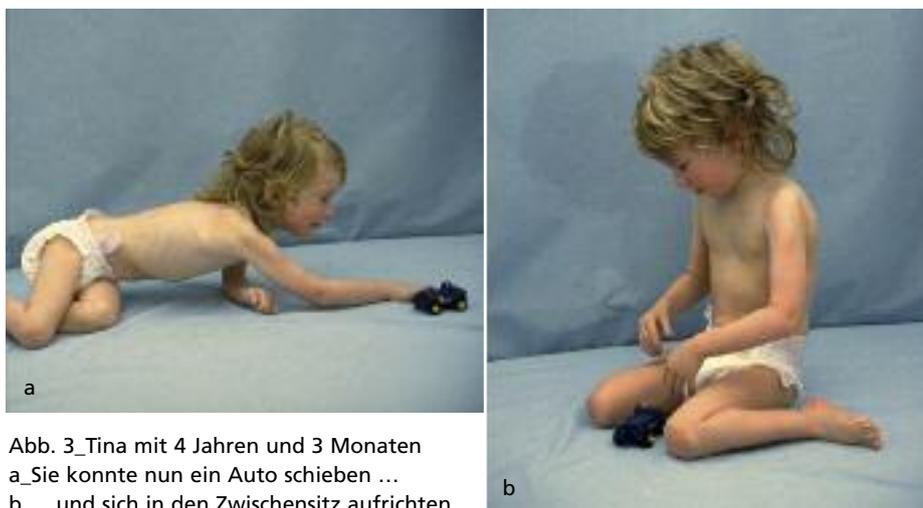


Abb. 3_Tina mit 4 Jahren und 3 Monaten
 a_Sie konnte nun ein Auto schieben ...
 b_... und sich in den Zwischensitz aufrichten

Tina lernt Stehen und Gehen

Mit fünf Jahren und acht Monaten entdeckte Tina die ersten Schritte seitlich an der Wand und an Gegenständen (Abb. 5a-c). Mit fast sieben Jahren – also nach mehr als fünf Jahren Vojta-Therapie – lernte Tina den freien Stand und lief die ersten Schritte (Abb. 6a und b). Mit siebeneinhalb Jahren kam Tina ganz-tägig in eine Einrichtung für Behinderte, fuhr aber am Wochenende immer nach Hause.

Besonderheiten bei mentaler Störung

Das Kind bestimmt den Zeitpunkt

Die Eigenentwicklung des Kindes nach der Bahnung spielt eine entscheidende Rolle, besonders bei Kindern mit Hypotonie und zusätzlicher mentaler Beeinträchtigung. Warum diese Kinder dann unter der Therapie geistig reger und interessierter werden, ist bis heute nicht zu beantworten. Eventuell könnte dies durch die Stimulation der genetisch verankerten Bewegungsmuster bedingt sein. Diese verläuft nach Angaben von Pikler (7) bei normalen Kindern automatisch und unabhängig vom »Lehren« und »Fördern«.

Vojta behauptet, dass dieses genetisch verankerte Entwicklungsmodell (8) bei jedem Kind vorliegt, auch bei hyper- und hypoton gestörten Patienten – in diesen Fällen ist es lediglich blockiert. Er vertritt die Auffassung, dass die automatisch gesteuerte Körperhaltung nicht antrainiert werden kann und Sitzen, Stehen oder Laufen nicht geübt werden sollte. Die Kinder müssen diese Funktionen selbst entdecken dürfen. Nicht der Erwachsene bestimmt den Zeitpunkt der Aufrichtung, sondern das Kind selbst. Er meint sogar, dass Übungen in



Abb. 4_Tina mit 4 Jahren und 10 Monaten

- a_Tina krabbelte auf den Händen und Knien, um zu sehen, wohin das Wasser geschüttet wurde
 b und c_Sie richtete sich am Stuhl in den Kniestand auf
 d_Das Mädchen setzte sich in den Langsitz

der Senkrechten, passiv vorweggenommen, zu unnötigen Hüft-, Fuß- und Wirbelsäulenschäden führen können.

Geistige Förderung

Wie bereits in der Ausgabe zuvor dargestellt, besteht die Kritik, dass die geistige Entwicklung durch die Vojta-Therapie unterdrückt würde (9). Auch Tinas Behandlungsverlauf zeigt das Gegenteil: Die pragmatische Förderung und die spielerisch kindorientierte Physiotherapie bis zum Alter von eineinhalb Jahren hatten sie nicht interessiert. Das Mädchen stagnierte in der körperlichen Entwicklung und blieb mental beeinträchtigt.

Unter der Vojta-Therapie wurde Tina beweglicher und interessierter, sie verhielt sich:

- mit 1,5 Jahren wie ein 3 Monate alter Säugling,
- mit 4 Jahren und 10 Monaten wie ein 10 Monate alter Säugling,
- mit 5 Jahren und 8 Monaten wie ein 12 Monate alter Säugling und
- erst mit 7 Jahren lief sie frei.

Sie entdeckte – wie von Pikler (2, 7-11) beschrieben – die eigenständige Bewegungsentwicklung mit allen Übergängen nur in einem anderen Zeitintervall.

Dies belegen auch bereits die Behand-

lungsverläufe von Nadja (12) und Lars (9). Behinderte Kinder können nur auf der Entwicklungsstufe gefördert werden, die sie eigenständig einnehmen. Es sollte nicht von außen passiv eine Stufe vorweggenommen werden, weil dies die Pathologien verstärkt. Mit Tina wäre es nicht möglich gewesen, nach den neueren Vorstellungen des motorischen Lernens zu üben (13), da sie gar nicht ansprechbar war. ■

ABBILDUNGEN

Alle Fotos dieses Beitrags von Barbara Zukunft-Huber

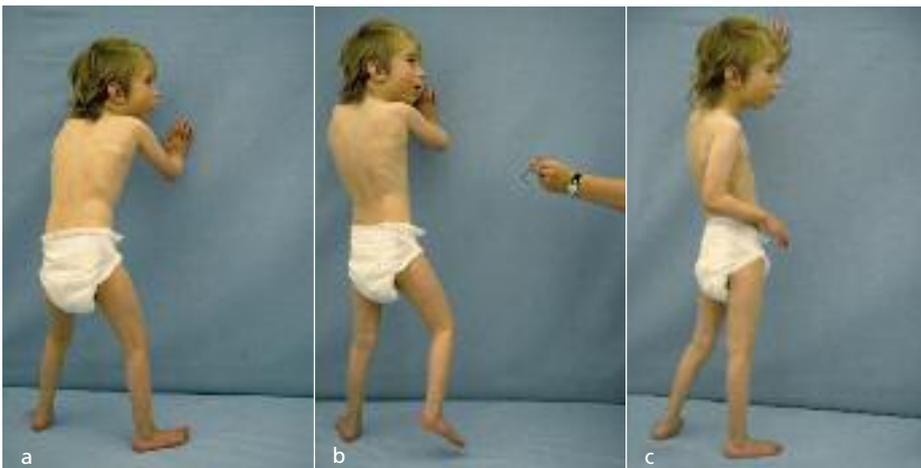


Abb. 5_ Tina mit 5 Jahren und 8 Monaten
 a-c_Das Kind konnte seitlich gehen



Abb. 6_Tina mit 6 Jahren und 10 Monaten
 a und b_Das Mädchen stand frei und lief die ersten Schritte

**BARBARA ZUKUNFT-HUBER**

seit 1977 selbstst. PT in Biberach; zahlreiche Fortbildungen u. a. in Bobath, Vojta, MT, Montessori Ausbildung; Autorin von Fachbüchern; erfolgreiche Behandlungen der unterschiedlichsten Fußdeformitäten bei Säuglingen und Kindern mit der von ihr entwickelten Methode »dreidimensionale manuelle Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage«. **Kontakt:** praxis@zukunft-huber.de

**LITERATUR**

Quellen (1) bis (13) unter:

www.physiotherapeuten.de
Webcode: 85