

SZH - DOSSIER

Dialogische Abklärung in der Psychomotoriktherapie

Ein Handbuch für die Praxis

Mathias Weibel

2002, 2. leicht ergänzte Auflage, 114 S. + Beobachtungsbogen, Fr. 25.--
Bestell-Nr. D 71 SZH Luzern

Grundlegende Hinweise zur Psychomotorischen Abklärung

Zugänge zur Welt des Kindes

Haltungen und Wahrnehmungsprozesse bei der TherapeutIn

Einzelne Abklärungselemente

Allgemeine Beobachtungen – Selbstkonzept

Offene Spiel- und Bewegungssituation

Bewegungsbeobachtung in strukturierten Aufgaben

Anamnese, Eltern-, Umfeldgespräche

„Zusammenschau“, Abklärungsbericht

Hinweise zur Abklärung mit älteren Kindern

Begriff der Psychomotorischen Störung

Inhalt

Vorwort

Grundlegende Hinweise zur psychomotorischen Abklärung

1. Gegenwärtige Strömungen in Heilpädagogik und Psychomotorik
2. Standpunkt und Ausgangspunkt der Basler Abklärung
3. Ziele der Psychomotorischen Abklärung
4. Grundhaltungen in der Erstbegegnung
5. Verschiedene Zugänge zur Welt des Kindes
6. Wahrnehmungsprozesse bei der TherapeutIn
7. Übersichten: Anmeldung, Abklärung, Therapie
8. Psychomotorik Diagnostik in der Übersicht: Abklärungselemente
9. Aufbau der Abklärung
 - a) Beobachtungskriterien auf fünf zentralen Erfahrungsebenen
 - b) Annäherung ans Selbstkonzept des Kindes
 - c) Dialogische Spielsituationen
 - d) Sammlung strukturierter Aufgaben mit vertiefenden Informationen
 - e) Gewichtung der Umfeldgespräche
 - f) Zusammenschau – Befund, Bericht, Schwerpunkte für den Einstieg

Einzelne Abklärungselemente

1. Abklärungselement: Allgemeine Beobachtungen - Selbstkonzept:

- A) Einleitung und Übersicht über Allgemeine Beobachtungen/Selbstkonzept
- B) Zum Beobachtungsbogen „Allgemeine Beobachtungen“
- C) Hinweise zum Selbstkonzept
- D) Fragebogen zum Selbstkonzept des Kindes 1 und 2

2. Abklärungselement: Offene Spiel-/Bewegungssituation

- A) Grundsätzliches zur offenen Spielsituation
- B) Praktische Aspekte rund um die Spielsituation
- C) Verhalten der TherapeutIn
- D) Wahrnehmungsprozesse bei der TherapeutIn
- E) Bogen zur offenen Spielsituation leer ,gefüllt
- F) Zusammenstellung von Leib- und Beziehungsthemen von J. Seewald

3. Abklärungselement: Bewegungsbeobachtung in strukturierten Aufgaben

- A) Übersicht über Beobachtungsbereiche
- B) Hinweise zur Durchführung und Organisation der Bewegungsaufgaben
- C) Spezielle Hinweise zu Beobachtungen zu IV 390 und IV 404, bis 2007
- D) Beobachtungsbogen: Strukturierte Bewegungsbeobachtung, leer, gefüllt
- E) Beobachtungsbogen für Grafomotorikaufgaben
- F) Vertiefende Hinweise zur Beurteilung der einzelnen Aufgaben 1-20

4. Abklärungselement: Anamnese, Eltern-, Umfeldgespräche

- A) Spezielle Hinweise zum Erstgespräch in der Psychomotoriktherapie
- B) Allgemeine Grundsätze für jedes Gespräch
- C) Bogen zum Elterngespräch und Hilfsblatt zu Umfeldgesprächen

5. Abklärungselement: „Zusammenschau“, Abklärungsbericht

- A) Übersicht, Zusammenschau
- B) Hinweise zum Abklärungsbericht
- C) Leitfaden zur Zusammenfassung des Abklärungsberichtes
- D) Hinweise für das Vorgehen beim Schreiben von Abklärungsberichten
- E) Beispiel eines Berichtes

Begriff der Psychomotorischen Störung

1. Psychomotorische Schwierigkeiten, verschiedene Definitionen
2. Erscheinungsbilder, Ursachen /Folgen
3. Hinweise zu Störungsbegriffen bei der IV, bis 2007
4. Hinweise zu Störungsbegriffen im ICD -10
5. Zusammenstellungen mit Kurzdefinitionen von Störungsbegriffen im Berufsfeld der Psychomotoriktherapie

Anhang

- Hinweise für die Abklärung mit älteren Kindern
- Verwendete Literatur

*Solang du Selbstgeworfenes fängst, ist alles
Geschicklichkeit und lässlicher Gewinn -:
Erst wenn du plötzlich Fänger wirst des Balles,
den eine ewige Mit-Spielerin
dir zuwarf, deiner Mitte, in genau
gekonntem Schwung, in einem jener Bögen
aus Gottes grossem Brücken- Bau:
erst dann ist Fangen-Können ein Vermögen,-
nicht deines, einer Welt. Und wenn du gar
zurückzuwerfen Kraft und Mut besässest,
nein, wunderbarer: Mut und Kraft vergässest
und schon geworfen hättest...(wie das Jahr
die Vögel wirft, die Wandervogelschwärme,
die eine ältere einer jungen Wärme
hinüberschleudert über Meere-) erst
in diesem Wagnis spielst du gültig mit.
Erleichterst dir den Wurf nicht mehr; erschwerst
Dir ihn nicht mehr. Aus deinen Händen tritt
Das Meteor und rast in seine Räume...*

Rainer Maria Rilke

Vorwort

Für die Erstbegegnung mit einem Kind wünsche ich mir immer wieder dieses offene Dasein, in welchem gute Kräfte in mir wirken können. Es ist ein spannender Moment, ganz neu einem Kind und seiner Geschichte zu begegnen. Ich betrachte es jedesmal als eine grosse Herausforderung. Wer fällt mir zu? Ist es „Zu - fall“? In vielen Fällen ist es der Beginn einer langen gemeinsamen Beziehung, einer Beziehung, wo beide lernen im Dialog. Eine Beziehung aber auch, in welcher Teile meiner eigenen Geschichte als Kind und Erwachsener angesprochen werden, welche mich im Verstehen des Kindes unterstützen aber auch hemmen können. Das „Durchlässig-werden“ für solche Dialoge mit dem Kind ist nicht einfach machbar, nichts „Selbstgeworfenes“, es kann mir „zufallen“, wenn ich in der Mitte bin.

Diese Erstbegegnung ist bei uns eine Abklärung, in der es gilt zu „anerkennen was ist“ und später in der Therapie zu „finden was wirkt“. Ich muss eine Balance finden zwischen Begegnung – Spiel – Informationensuche – Erleben – Beobachten. Von dieser Balance handelt dieses Handbuch, das zu meinem Unterricht in Diagnostik an der Ausbildung für Psychomotoriktherapie an der GDS/IfB Basel entstanden ist. Es ist am besten geeignet für Kinder zwischen fünf und neun Jahren.

Ich danke allen, die mir Anregungen gegeben haben: Meinen ehemaligen AusbilderInnen vom HPS, meinen StudentInnen, meinen KollegInnen vom Fachteam, den Mitgliedern einer Arbeitsgruppe Diagnostik (1995), TherapeutInnen, die zu meiner Evaluation Rückmeldungen gegeben haben, sowie der GDS/IfB für die Erlaubnis zur Veröffentlichung dieser Arbeit.

Basel 2002

Mathias Weibel

Grundlegende Hinweise zur Psychomotorischen Abklärung

1. Strömungen in Heilpädagogik und Psychomotorik

Integrationsgedanke und Förderdiagnostik

Eine zentrale Strömung in der Pädagogik der letzten Jahre heisst Integration statt Separation, Förderdiagnostik statt Selektionsdiagnostik. Der Ansatz, von den Stärken auszugehen, hat viel Aufmerksamkeit und Respekt dem Kind gegenüber und neue Denkansätze gebracht. Das polare Wesen des menschlichen Daseins bringt es aber mit sich, dass den formulierten Stärken die Schwächen wie ein Schatten folgen. Zudem zeigt die finanzpolitische Realität, dass Geld oft nur bei formulierten Defiziten fliesst. Mir scheint aber, dass wir in der Praxis beides brauchen: Integration und in gewissen Fällen Separation. Für die Diagnostik heisst das: Wir müssen Defizite wahrnehmen, die Ressourcen sehen und bei der Begleitung der uns anvertrauten Kinder von ihren Themen und ihren Stärken ausgehen. Ich bin kein Freund von riesigen Förderplänen. Psychomotoriktherapie entwickelt sich prozesshaft, geht von den Entwicklungsthemen der Kinder aus und legt aus prozessdiagnostischen Überlegungen immer wieder neu und flexibel die Schwerpunkte.

Diagnostik gegen „innen“ und gegen „ausen“

Dies führt zu einer Art zweischichtigen Denkweise: einer eher defizitorientierten Selektionsdiagnostik gegen „ausen“ und einer kindzentrierten Entwicklungsdiagnostik im Hinblick auf die Arbeit mit dem Kind gegen „innen“. In der Deutschschweiz befindet sich ein Grossteil der Stellen im Umfeld der Schule, die vielerorts neben der IV auch für die Kosten der Therapien aufkommt. Die Psychomotorische Abklärung hat in diesem Fall unter anderem auch den Zweck, die an vielen Orten begrenzten Mittel spezieller Förderung denjenigen Kindern zukommen zu lassen, die sie am dringendsten benötigen. Dies führt zu einer Art finanzpolitischer Selektionsdiagnostik, bei der das Wünschbare oft nicht mehr mit dem finanzpolitisch Machbaren übereinstimmt. An Orten, wo IV-Gelder nicht pauschalisiert fliesen, gehört somit auch das Augenmerk auf eine mögliche IV-Anmeldung zu den Aufgaben der TherapeutIn.

Kontexterweiterungen

Gegenwärtig werden verschiedene Ansätze (Seewald 1999) in der Arbeitsweise der Psychomotoriktherapie beschrieben und diskutiert. Dies beeinflusst natürlich auch die Sichtweise der Diagnostik, denn je nach Sichtweise rücken andere Schwerpunkte ins Zentrum des diagnostischen Interesses. Da kaum eine TherapeutIn sich ausschliesslich einem Ansatz verpflichtet fühlt, sondern meist verschiedene Richtungen in ihre Arbeitsweise einbezieht, spricht Seewald (1999) von einer eigentlichen Kontexterweiterung, die sich dann auch auf diagnostische Fragestellungen erstreckt. Sie äussert sich unter anderem auch im Einbeziehen von immer mehr Aspekten und läuft natürlich auch Gefahr, zu komplex zu werden. Andererseits versucht sie aber auch den komplexer gewordenen Lebenszusammenhängen des Kindes gerechter zu werden.

Kurzübersicht über verschiedene Ansätze in der Psychomotorik - Therapie

1. Fokus des Ansatzes, 2. Auffassung von Psychomotorischer Störung, 3. Diagnostische Schwerpunkte, 4. Schwerpunkte in der Therapie

Psychomotorische Übungsbehandlung **(Kiphard)**

1. Bewegung – Übung - Emotionen, Ansätze zur Anregung zu Selbsttätigkeit
2. Eingeschränkte Handlungsfähigkeit aufgrund von Bewegungsauffälligkeiten
3. Bewegungsauffälligkeiten werden genau beschrieben, Trampolintest
4. Übungsanregungen in den Bereichen: Wahrnehmung, Bewegung, Emotionen und Beziehung. Faszination durch phantasievolle Angebote (auch Zirkus- und Clownthemen, „zirkensisches“ Arbeiten)

Lern- /kompetenztheoretischer Ansatz **(Schilling)**

1. Wahrnehmung und Bewegung = Grundlage der Persönlichkeitsentwicklung,
2. Störungen der Persönlichkeit also meist Sekundärstörung einer primären Bewegungsstörung
3. Standardisierte Tests zur Abklärung des motorischen Standes, Checklisten
4. Offene und strukturierte Bewegungsangebote sollen zu Eigenaktivität anregen - Anpassungslernen an neue Situationen, Lernen - Üben

Ansatz entstanden aus Rhythmik, Psychiatrie, Heilpädagogik **(Naville, Ajuriaquerria)**

1. Wechselwirkung zwischen Körper und Seele
2. Fehlende Bewegungsharmonie mit Auswirkungen auf Beziehungs-, Lernverhalten und Entwicklung. Sekundäre Folgen: z.B. Rebellion, Regression, Resignation
3. Naville-Abklärung, Beobachtungsaufgaben, qualitative Beschreibung, Leidensdruck
4. Gestaltete Improvisation über Musik und Bewegung. Ansatzpunkte: Ressourcen und Schwierigkeiten, Bewegungsaufbau

Ansatz der SIB (Ayres)

1. Bedeutung der Wahrnehmungsleistungen für Gesamtentwicklung des Kindes
2. Störung der sensorischen Integration (SI). Die meisten Erscheinungsbilder sind Sekundärstörungen dieser primären Problematik
3. Diagnostische Verfahren in den Bereichen: Wahrnehmung, Körperwahrnehmung(SCSIT)
4. Die SIB (Sensorische Integrationsbehandlung) möchte primär die SI in selbstbestimmten Handlungen verbessern.

Kindzentrierter Ansatz (Zimmer)

1. Selbstkonzeptes des Kindes, stark geprägt vom Körpererleben
2. Grund für Störung meist negatives Selbstkonzept aufgrund negativen Körpererlebens
3. Neben Schwierigkeiten und Ressourcen Ermitteln des Selbstkonzeptes
4. Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes → Selbstwahrnehmung verändern über Körper- und Bewegungserfahrungen

Systemisch konstruktivistischer Ansatz **(Balgo)**

1. Jeder Mensch schafft seine Wirklichkeit, Beobachter und Umfeld im Zentrum
2. Störung ist eine Störung des Beobachters, er fühlt sich primär gestört und schafft die Störung z.B. durch das Diagnostizieren
3. Abklärung der Zusammenhänge im System
4. Therapie nur sinnvoll, wenn Kind sich auch gestört fühlt, dann → partnerschaftliches Ausprobieren von Alternativen im Dialog

Verstehender Ansatz (Seewald)

1. Zusammenhänge in der Entwicklungsgeschichte des Kindes zu verstehen, Sinnfindung in der Handlung des Kindes
2. Störung als Weg verstehen, seinen Problemen Ausdruck zu verleihen. Sinn einer Schwierigkeit für das Kind oder das Umfeld verstehen.
3. Sogenannte Störung phänomenologisch beschreiben, Sinn und Funktion zu verstehen suchen, Entwicklungs- und Lebensthemen wahrnehmen.
4. Dem Kind Raum für seine Themen geben, seinen Weg wählen lassen und darin begleiten, auch nachholen, aufarbeiten, verarbeiten, es können aber auch Gegenthemen gesetzt werden.

Psychoanalytischer Ansatz (Aucouturier, Esser)

1. Psychomotorischer Ausdruck–Ausdruck des Unbewussten
2. Psychomotorische Störungen sind Kommunikations- und Identitätsstörungen aufgrund von „Mangel an Körper“ (Mutter – Kind), die sich als Somatisierungen = Reaktualisierungen der unbewussten Geschichte des Körpers zeigen
3. Beobachtung des Psychomotorischen Ausdrucks, Umfeldgespräche
4. Therapie: Seine Geschichte im Psychomotorikraum in einer vertrauensvollen Beziehung ausbreiten, damit sie angenommen und verstanden wird. Körper „neu konstruieren“, von Fixierungen befreien, der Sprache zugänglich machen, verbalisieren

2. Ausgangspunkt für die Basler Abklärung

Sicher prägen all diese Strömungen auch unsere Ausbildung in Psychomotoriktherapie in Basel. Wir legen jedoch die Schwerpunkte auf unsere Weise und verfolgen eine Richtung, die spielerische, erlebniszentrierte und übungsorientierte Arbeit mit **Bewegung als Basis-handwerk** betrachtet, die andererseits aber auch Raum lässt für den **psychomotorischen Ausdruck** des Kindes, damit **Entwicklungsthemen** des Kindes sich zeigen, aufgenommen und verarbeitet werden können. Diese beiden Arbeitsarten verlaufen keineswegs getrennt, sondern verweben sich in der Praxis oft natürlicherweise ineinander. In unserem inhaltlichen Konzept, haben wir unsere Richtung wie folgt definiert:

Die Grundlagen für die therapeutisch/heilpädagogische Begleitung in der Psychomotorik sind:

Aufbau einer Beziehung zum Kind durch Annehmen und Anerkennen seiner Möglichkeiten und Grenzen
Beobachten der kindlichen Bewegung und Handlung unter räumlichen, zeitlichen und energetischen Aspekten
Wahrnehmen von Sinnzusammenhängen in Körperausdruck, Handlung und Lebenssituation des Kindes

Beim therapeutischen Handeln in der Psychomotoriktherapie steht die Beziehung und das Erleben mit dem Kind im Vordergrund. Die Arbeit orientiert sich an den Entwicklungsthemen des Kindes an seinen psychomotorischen Schwierigkeiten und Stärken, berücksichtigt das Wechselspiel von Wahrnehmen, Bewegen, Fühlen, Denken, Begegnen und ist geprägt vom spielerischen Umgang mit Bewegung, Musik und kreativen Medien.

Die TherapeutIn reflektiert ihre Arbeit auf dem Hintergrund von Kenntnissen in Heilpädagogik und Psychologie, Medizin und Neurologie, der Bewegungs- und Wahrnehmungslehre. Sie öffnet sich aber auch einem tieferen Verstehen von Sinnzusammenhängen aufgrund systemischer und symbolischer Sichtweisen.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich für mich der Ausgangspunkt für die Psychomotorische Abklärung. In der Erstbegegnung ist erst ein Einstieg in das oben beschriebene Verstehen möglich. Wichtig scheint mir aber, wie dieser Einstieg, der in vielen Fällen auch **Beziehungsanfang** ist, geschieht. Da möchte ich den Fokus, neben der sorgfältigen Abklärung psychomotorischer Kompetenzen stark auf das **Erleben im Dialog** setzen.

Dialog meint hier nicht nur Zwiegespräch im verbalen Sinne, sondern **die Begegnung** übers **Erleben in Spiel und Bewegung**. Der Begriff Dialog weist aber auch auf etwas Partnerschaftliches hin, obwohl die Positionen von Kind und TherapeutIn klar unterschiedlich sind: Ich meine damit die **innere Haltung** bei der TherapeutIn, dass sie sich in der Erstbegegnung in eine **neue Lern- und Beziehungssituation** begibt, in der **beide** lernen. Diese Haltung kann und soll sich auf das Kind übertragen.

Das Erleben im Dialog gilt natürlich für die ganze Abklärung. Um ihn aber noch speziell zu fördern, gibt es in der Abklärung einen **bewusst gesetzten Raum für eine offene Spielsituation**. Daneben nimmt die Beobachtung der Bewegungsqualität in fremdgestellten Aufgaben einen wichtigen Raum ein. Hier, bei fremdgestellten Anforderungen von aussen zeigen sich neben den motorischen Kompetenzen wieder andere Teile der Persönlichkeit, die für die Einschätzung der Gesamtsituation des Kindes wichtig sind. Damit ergeben sich für mich folgende Ziele für die Erstbegegnung

3. Ziele der Psychomotorischen Abklärung

- **Erstbegegnung, Kontaktnahme, Kennenlernen, Beziehungsaufbau, Dialog**
*Gelingt Beziehung, können wir zusammenarbeiten?
Vertrauen des Kindes und der Eltern gewinnen
Was ist eigentlich Psychomotoriktherapie? Hier steht die Spielsituation, aber auch das Gespräch im Zentrum.*
- **Abklärung der motorischen Kompetenzen und allfälliger Störungen**
*Damit verbunden Kompetenzen auf den fünf Erfahrungsebenen: Wahrnehmen, Bewegen, Beziehen, Fühlen, Denken
Diese zeigen sich unter anderem in der strukturierten oder freien Abklärungssituation, aber auch in Umfeldgesprächen*
- **Aufspüren möglicher Entwicklungsthemen des Kindes**
Diese zeigen sich, eher in offenen Spielsituationen, sie können Ausgangspunkt für Umfeldgespräche und den Therapieeinstieg bilden
- **Annäherung ans Selbstkonzept des Kindes,**
Einstellungen und Überzeugungen des Kindes über sich selbst prägen sein Lernen, seine Motivation. Im Erleben aber auch im Gespräch mit dem Kind und den Eltern können sich in der ganzen Abklärung Hinweise auf das Selbsterleben auftun. Die TherapeutIn kann sich durch innere Fragen diesem Bereich gegenüber öffnen und sie mit dem Erlebten in Verbindung zu bringen.
- **Abklärung der Umfeldsituation** des Kindes (Elternhaus, Heim, Schule, Hort,)
*Belastungen im Alltag, Bewältigungs- oder Abwehrstrategien
Ressourcen im Umfeld
Herausspüren des Leidensdruckes bei Kind und Umfeld. Auch hier stehen Umfeldgespräche im Zentrum.*
- **Zusammenschau, Therapie ja, nein, erste Arbeitshypothesen für Entwicklungsbegleitung**
Die Erstabklärung bringt neben dem Entscheid „Therapie ja/nein“ erste Arbeitshypothesen für den Therapieeinstieg. Diese müssen aber durch die den Therapieprozess begleitenden diagnostischen Überlegungen stetig überprüft und angepasst werden.
- **Hinweise auf Notwendigkeit weiterer spezialärztlicher Untersuchungen, mögliche IV-Anmeldung**
Solche Hinweise zeigen sich vor allem bei den strukturierten Aufgaben, welche auch einige Aufgabenstellungen aus neurologischen Abklärungen übernimmt. Spezielle Beobachtungen in der Abklärung können zu einer weiteren spezialärztlichen Abklärung mit der Frage einer eventuellen IV-Anmeldung führen.

Um diese Ziele zu erreichen braucht es neben dem Fachwissen eine bestimmte Grundhaltung der TherapeutIn:

4. Grundhaltung in der Abklärung - Innere und äussere Haltung der TherapeutIn in der Abklärung

Die Erstbegegnung mit einem Kind und seinen Eltern ist ein ganz besonders spannender Moment. In vielen Fällen ist es für die TherapeutIn auch der Anfang einer längeren intensiven beruflichen Beziehung und in unserem dialogischen Verständnis auch ein Anfang von einem gemeinsamen Lernweg. Kinder, die der TherapeutIn „zu-fallen“ bringen ihr **neue Herausforderungen und Lernmöglichkeiten**. Dieser Gedanke beinhaltet bereits eine erste vorteilhafte Grundhaltung für die Erstbegegnung, aber auch für die Arbeit mit dem Kind überhaupt. Weitere wichtige Einstellungen gegenüber Eltern und Kind sind:

- **Persönliche Zentriertheit: Erwartungen an mich, an das Kind oder die Eltern wahrnehmen und loslassen**
- **So offen und unvoreingenommen wie möglich sein**
- **Wohlbollende positive Grundhaltung: „Ich nehme dich an wie Du bist. Ich bin bereit für eine echte Begegnung!“**
- **Aufmerksame Wahrnehmung gegen aussen und gegen innen:
Offenheit fürs Erkennen und waches Wahrnehmen, aber auch Offenheit für Gefühle und Intuition, für die Resonanz des Wahrgenommenen in mir und den Dialog mit dem Kind.**
- **Zeit, Raum und Vertrauen geben: Geduld haben, Zuhören können, beim Sprechen auf Raumebene des Kindes gehen.**
- **Echtes Bemühen ums Verstehen des Kindes, seiner Umwelt und seiner Andersartigkeit.**
- **Respektvolle Annäherung ans Kind, „herzliche Distanz“**
- **Kongruenz und Echtheit im Ausdruck und in der menschlichen Anteilnahme**
- **Bei schwierigem Verhalten Halt und Rahmen geben**

Dazu Dropsy Jacques in „Lebe in Deinem Körper“, München 1982:

„Das Wort Haltung ist „doppelsinnig“, weil es sowohl eine Körperpositur, als auch einen Geisteszustand oder eine innere Einstellung bezeichnet.....Mit der Haltungsordination sind bestimmte psychische Elemente verknüpft. Zunächst einmal entspricht dieser Koordination ein relativer Verzicht auf willkürliche Handeln zugunsten der von unbewussten Elementen gesteuerten Reflexe. Unsere bewusste Einstellung zum eigenen Organismus ist also die eines aufmerksamen Hinhörens und Hinnehmens... Geistig ist die Haltung, von der wir sprechen, mit spannungsfreier Koordination verbunden, mit einer frei verfügbaren Aufmerksamkeit für den gegenwärtigen Augenblick. Affektiv äussert sie sich in einem Zustand entspannter Ruhe und Empfänglichkeit, ohne Hemmung oder Aufgeregtsein. ... Wir können überdies feststellen, dass diese Geisteshaltung derjenigen nahekommt, die von grossen Psychologen unserer Zeit in ähnlichen Ausdrücken als die therapeutische Grundhaltung charakterisiert wird: Als „wohlwollende Neutralität“ bei Freud, oder als „bedingungslose positive Anerkennung“ bei C.Rogers.

Die innere Haltung der TherapeutIn dem Kind gegenüber überträgt sich auf ihre äussere Haltung und drückt sich in Körperhaltung, Gestik, Mimik, Stimme und Sprache aus. Diese wiederum überträgt sich aufs Kind. Sie soll ihm den Rahmen geben, in dem es in dieser ungewohnten Erstsituation „gehalten“ wird.

5. Dialogische Abklärung – Erlebender Zugang zur Welt des Kindes

**„Wenn ich das Haar in der Suppe suche,
verpasse ich den Geschmack der Suppe.....“**

Dieser Problematik der Diagnostik bin ich in den letzten Jahren immer wieder begegnet: Alles noch besser erfassen, noch bessere Aufgaben, umfassender alle Bereiche einbeziehen. Dem galt ein grosser Teil meiner Aufmerksamkeit. Die Gefahr sich darin zu verlieren und den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu sehen ist dabei gross.

Aber wie komme ich denn an den Geschmack der Suppe heran?

Um ein Kind scheint es so etwas wie ein „wissendes Feld“ zu geben. Diesem stehe ich als TherapeutIn gegenüber. Natürlich ist es niemals möglich und übrigens auch nicht wünschenswert, dieses Feld ganz zu erschliessen. Es geht immer um Annäherungsversuche. Und wichtig scheint mir nun, dass diese Versuche unterschiedlicher Art sind:

In diesem „Feld“ gibt es **beobachtbare Phänomene**: Ich kann aktiv beobachten, eine sinnvolle Aufgabenauswahl treffen, gute Kriterien aufstellen, und eine bestimmte Ecke dieses Feldes erschliesst sich mir nach dem Motto: Wer sucht der findet?

Oder es gibt **erfragbare Phänomene**: Ich kann mit einer guten Gesprächsführung und psychologischem Wissen Menschen aus dem Umfeld oder das Kind so ins Gespräch bringen, dass sich meine Fragen beantworten.

Aber auch das ist natürlich nur ein Teil des „wissenden Feldes“, obwohl ich versuche, alle Daten möglichst lückenlos zusammenzutragen und aus den vielen Einzelteilen wieder ein Ganzes zu machen. Es beschäftigt sehr stark mein Denken, aber vielleicht schneidet es mich ab vom Wesentlichen, vom Wesen des Kindes, denn das Ganze ist bekanntlich mehr als die Summe der Einzelteile.

In unserer Abklärung haben wir aber noch eine andere Möglichkeit und auch eine andere Chance. Wir haben **Raum** und **Zeit** mit dem Kind. Wir können in eine Begegnung, in einen **Dialog**, in ein **gemeinsames Erleben**, ein **gemeinsames SEIN** gehen. Denn es gibt viele **Phänomene, die nur erlebbar** sind – in bestimmten Situationen. Besonders geeignet für diesen Zugang finde ich offene Situationen, in die ich möglichst „offen“ und „dialogisch“ hineingehe.

M. Stettler (1998) hat in ihrer Diplomarbeit in Anlehnung an Argelander's Überlegungen zur Gesprächssituation (1992) solche Zugänge beschrieben und illustriert. Argelander spricht von **objektiven, subjektiven und situativen** Daten. Während das Erheben der objektiven Daten nachprüfbar und gut schriftlich festhaltbar ist, (also eher den strukturierten Aufgaben und gewissen Teilen des Gesprächs zugeordnet werden kann), eröffnen sich der TherapeutIn **im Erleben vor allem subjektive und situative** Daten.

Subjektive Daten wären demnach Aussagen, die ein Kind in einer bestimmten Situation macht, und deren Bedeutung die TherapeutIn nur gemeinsam mit dem Kind erschliessen kann, indem sie Zusammenhänge zu verstehen beginnt. Stettler (1998) illustriert dies mit folgendem Beispiel, in welchem sie offensichtlich eine Erschöpfung des Kindes wahrgenommen hatte:

„Beispiel Martin:

In einer bewegten Sequenz der Abklärung frage ich Martin, ob er eine Pause machen wolle. „Nein“, ist seine Antwort. Bald darauf fragt er zweimal kurz nacheinander, ob er etwas trinken dürfe. Im Kontext der Situation deute ich trinken weniger als ein Zeichen von Durst, sondern als Hinweis, dass es ihm zu anstrengend wird. Martin hat scheinbar Mühe, seine Grenzen zu spüren und zuzugeben.“ (S.36)

Bei den situativen Daten wird die Situation selber zur Mitteilung. Das Erleben mit allen Gefühlen ist wichtig und das Ganze ist nur aus der ganzen Situation verstehbar. Ein weiteres Beispiel aus dieser Arbeit

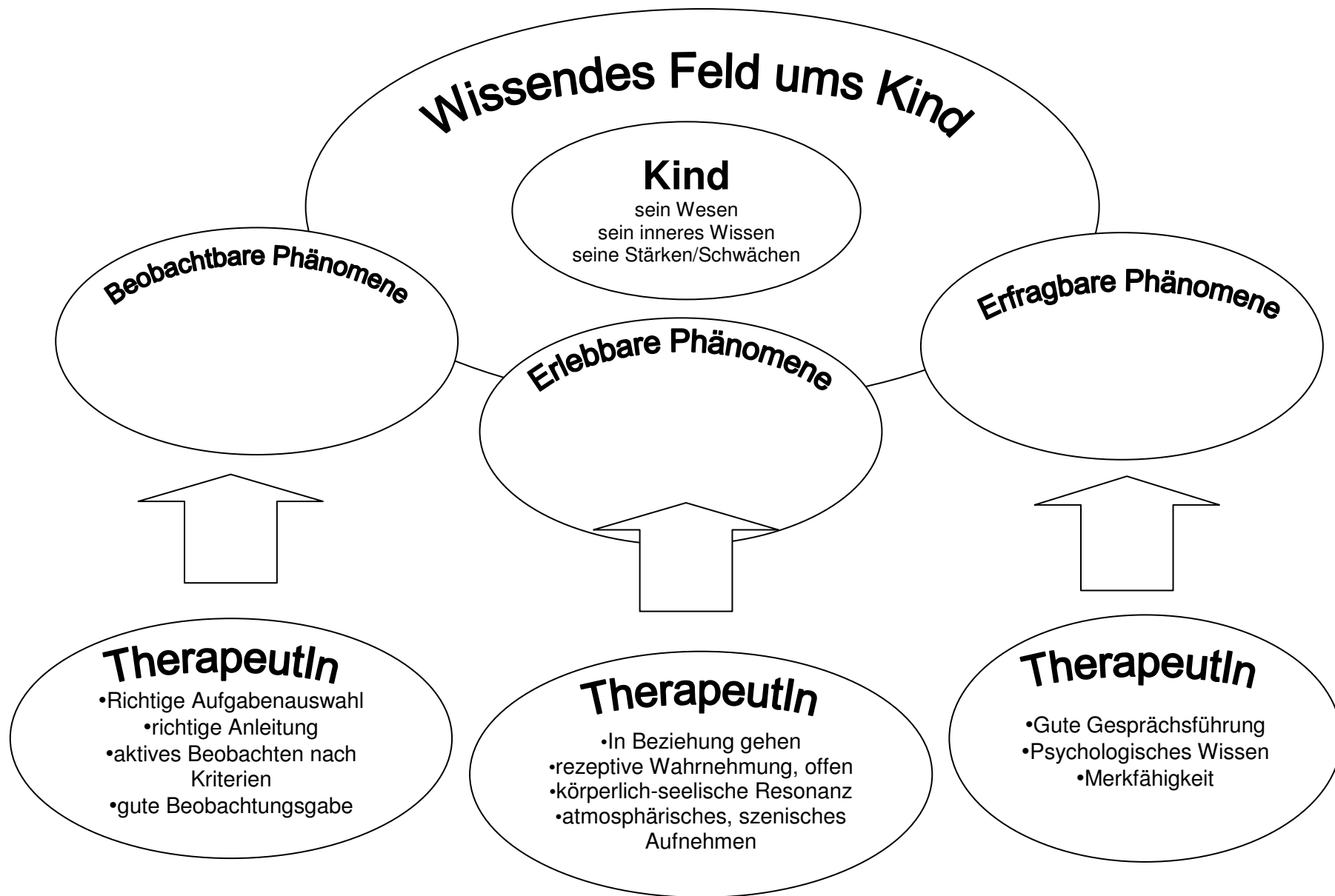
„Beispiel Martin:

Wir spielen Basketball. Ich stelle mich ihm in den Weg, wenn ich einen Wurf zum Korb abwehren will. Dabei spüre ich körperlich eine Spannung anwachsen. Martin blickt mich wütend an und verzieht sein Gesicht. Er gibt mir lautliche Signale z.B. durch unzufriedenes Murren. Verbale Äusserungen kommen dazu: „Das darfst Du nicht.“ „Das ist gegen die Regeln!“

Nach der Abklärung denke ich über diese Situation nach. Die Zeichen von Martin, mein körperlich deutlich spürbares Unbehagen und die Erinnerung an andere kleine Szenen in der Abklärung fügen sich zu einem Bild zusammen. Es geht um das Thema „Grenzen spüren“ und „Grenzen akzeptieren“. (S. 37)

So wird es möglich, gegenwärtige Themen der Kinder wahrzunehmen. Im anschliessenden Gespräch und vor allem in der Arbeit mit dem Kind müssen solche Annahmen dann natürlich überprüft werden.

Für Argelander ist wichtig, dass solche Informationen bewusst einbezogen werden. Er meint aber auch, dass es wichtig sei, alle drei Quellen (objektive, subjektive und situative Daten) gleichermassen zu nutzen. Die Spielsituation ist nur eine, aber eine wichtige Möglichkeit, hier einen Ausgleich zu erreichen. Zum Beobachten und Erfragen kommt das Erleben.



6. Wahrnehmungsprozesse bei der TherapeutIn

Wir verwenden also **verschiedene Arten des Zugangs:**

Fokussieren, genaues Beobachten, genaues Fragen

Erleben, rezeptives, atmosphärisches Aufnehmen

Petzold (1993) beschreibt dies als sogenannte „hermeneutische Spirale“ vom Wahrnehmen, übers Erfassen, Verstehen zum Erklären:

Wahrnehmen

So soll beim Wahrnehmen der „**Leib als Wahrnehmungsorgan**“ eingesetzt werden, damit sich kognitives und körperliches Wahrnehmen ergänzen und verbinden können. Petzold fordert beides: Das aktive Horchen, Sehen, das Fokussieren des Details, was in der strukturierten Beobachtung im Vordergrund steht, und andererseits das Aufnehmen in einer offenen, entspannten Wahrnehmungshaltung, Szenen, Atmosphäre wahrnehmen, Sein im Erleben, unser Verhalten in der Spielsituation.

Die Fixierung auf nur eines kann zur Wahrnehmungseinengung führen. Man könnte sagen: **Wer sucht, der findet! Wer nicht sucht, findet auch, aber etwas anderes.**

Erfassen

Beim Erfassen findet bereits eine Einordnung statt. Wahrnehmungen werden mit Bekanntem verglichen, noch vorsprachlich, innerlich. Bilder von früherem Erlebtem tauchen auf, körperliche Empfindungen und Gefühle. **Aus der „Welt an sich“ wird eine „Welt für mich“.** Sie findet eine Resonanz in mir. Diese ist der Sprache noch nicht zugänglich. Damit ist die **körperlich-seelische Resonanz** gemeint. Sie gilt es zuerst einmal wahrzunehmen und als wichtige Informationsquelle zu nutzen. Oft erst nach der Abklärung können wir solche Empfindungen reflektieren. Was haben sie mit mir zu tun? Mit meiner Beziehung zum Kind? Oder sind sie ein Teil der Geschichte des Kindes? Das bedeutet dann bereits der Anfang der nächsten Stufe, des Verstehens.

Verstehen

Ein Teil meiner Wahrnehmungen wird dann dem Bewusstsein und der Sprache zugänglich. Ich beginne Zusammenhänge zu sehen, zu beschreiben. Ich kann durch Reflexion körperlich-seelische Resonanz analysieren: Was gehört zu mir? Was zum Kind? Aber das braucht Zeit: Petzold meint, die Sprache dürfe der Erfahrung nicht die Lebenswärme nehmen.

Erklären

Beim Erklären schliesslich wird das ganze in einen mehr oder weniger logischen Zusammenhang gestellt.

In obigen Zusammenhang tauchen immer wieder folgende Begriffe auf, auf die ich ganz kurz eingehen möchte:

Projektion

Abwehroperation, durch die das Individuum unannehmable Teile seiner Selbst (Wünsche, Gefühle, Konflikte, Selbstbilder) aus sich ausschliesst und in die Aussenwelt (Personen oder Dinge) verlagert. In der Beobachtung kann dieser Vorgang die Wahrnehmung beeinflussen oder verstellen, indem der Beobachter schliesslich eigene Wünsche und Bilder in das Kind hineinlegt.

Übertragung - Gegenübertragung

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass Erfahrungen aus der Kindheit (unerledigte Konflikte, Entwicklungsstörungen) sich unbewusst wiederholen und innerhalb der psychoanalytischen Situation in der Beziehung zum Analytiker als Übertragung manifestieren. Sie lösen beim Analytiker seinerseits Gefühle und Phantasien aus, die als Gegenübertragung von ihm wahrgenommen werden müssen, zum Verständnis der Situation beitragen und das Übertragungsangebot des Patienten als spezifische Inszenierung einer früheren Objektbeziehung erkennbar werden lassen. Die Deutung dieser Inszenierungen gilt als zentrales Anliegen der psychoanalytischen Therapie.

Umgang mit diesen Phänomenen in der Psychomotorik-Therapie und der Abklärung

Übertragungen von früheren Erfahrungen auf eine jetzige Realsituation machen wir alle. Sie bilden unter anderem die Grundlage fürs Lernen und für zwischenmenschliches Verstehen. Während in der Psychoanalyse die Übertragungsbeziehung auf Kosten der realen Beziehung gefördert wird (und Gegenübertragung vermieden), steht im **pädagogisch-therapeutischen Handeln der Psychomotoriktherapie die reale Beziehung, die sich im Handeln durch unseren Körper verwirklicht, im Mittelpunkt**. Aucouturier meint, die TherapeutIn soll in eine wechselseitige tonisch-emotionale Beziehung mit dem Kind treten, weil sie das Erscheinen der affektiven Geschichte des Kindes ermöglicht. Dies kann unter anderem auch im gemeinsamen symbolischen Spiel geschehen, indem die TherapeutIn sich einlässt, mitspielt und spiegelt. Darin können vergangene reale oder imaginierte Inhalte, aber auch die Darstellung der jetzigen Situation, sowie zukünftige Entwürfe einfließen. **Und zum Verhältnis: Therapie – Förderung:** Oft geht es aber bei unseren Kindern nicht nur darum, Fixierungen und Hemmungen zu lösen; gewisse Defizite fordern auch das Aufbauen von Inhalten und Strukturen. Unsere Beziehung ist also auf die Realität ausgerichtet, wobei die innere Welt des Kindes soweit berücksichtigt werden muss, dass sich das Kind entwickeln und seine Beziehungsfähigkeit zu sich selbst und zur Welt erweitern kann.

Körperlich-seelische Resonanz

Ich betone mit diesem „Doppelbegriff“ den oft körperlich wahrnehmbaren Charakter von Selbstwahrnehmungen in der Interaktion mit dem Kind. Gemeint ist **die Fülle von Erinnerungen (inneren Bildern), Gefühlen (Freude, Traurigkeit) und Körperempfindungen (Verspannungen, Enge, Weite..)**, die ein bestimmtes, beobachtetes Phänomen in mir auslösen kann. Diese körperlich-seelischen Eigenwahrnehmungen (Aucouturier spricht von wechselseitiger tonisch - emotionaler Resonanz und betont damit den interaktiven Charakter dieses Vorgangs) sollen ernst genommen werden, denn sie können ein wichtiges **Mittel zum wirklichen Verstehen des Kindes** sein. In der **Reflexion** in oder meist **nach der Stunde** geht es darum, die eigene tonisch-emotionale Verbindung zur **Geschichte des Kindes wahrzunehmen und zu überdenken**. (z.B. Zurückstossen - Überbehüten ... dazwischen läge die emphatische Begegnung). Für die Ausbildung macht dieser Fokus eine spezielle Schulung in Selbsterfahrung und Selbstkenntnis notwendig.

7. Anmeldung, Abklärung und Therapie in der Übersicht

Umfeld (Eltern, Schule, Bekannte) nimmt Schwierigkeiten und Leidensdruck beim Kind wahr

Unterschiedliche Erscheinungsbilder: Unruhe, Ungeschicktheit, Gehemmtheit

Schwieriges Verhalten: kleinkindlich, aggressiv, ängstlich, Lern- und Schulschwierigkeiten, Entwicklungsschwierigkeiten auf verschiedenen Gebieten



Umfeld sucht Hilfe bei weiteren Fachpersonen oder Fachstellen

**ÄrztInnen (Schul-, KinderärztInnen), NeuropädiaterInnen, PsychologInnen,
PsychiaterInnen, LehrerInnen, KindergärtnerInnen, HeilpädagogInnen, Eltern**

können das Kind im Einverständnis der Eltern anmelden



Psychomotorische Abklärung

erfasst das

Gesamtbild des Kindes in seiner momentanen Situation

Psychomotorischer Entwicklungsstand ----Entwicklungsgeschichte ----Lebenskontext des Kindes

Ressourcen und Probleme des Kindes

in Grob-, Fein-, Grafomotorik und Handdominanz, Wahrnehmung und Körpererleben

aber auch deren Wechselspiel mit kognitiven, sozialen und emotionalen Aspekten durch

Bewegungs- und Verhaltensbeobachtung in offenen und strukturierten Situationen sowie Umfeldgesprächen

Empfehlung Psychomotoriktherapie ja /nein evtl. andere Unterstützung, Arbeitsschwerpunkte



Verlauf der Psychomotoriktherapie

Grundlage der Arbeit ist die therapeutische Beziehung

Die Arbeit orientiert sich an den

persönlichen Entwicklungsthemen des Kindes an seinen psychomotorischen Schwierigkeiten und Stärken

und berücksichtigt das Wechselspiel der Erfahrungsebenen

Wahrnehmen, Bewegen, Fühlen, Denken, Begegnen

Prozessbegleitende diagnostische Überlegungen während der ganzen Therapie



Die Therapie kann abgeschlossen werden, wenn

die Persönlichkeit des Kindes gestärkt - die Wahrnehmungs- und Bewegungsmöglichkeiten erweitert und ein sicheres Körpergefühl aufgebaut
der eigene Bewegungsausdruck und dadurch neue Verhaltensformen gefunden - ein selbständiger Umgang mit den Schwierigkeiten erreicht
das Umfeld des Kindes für die Schwierigkeiten sensibilisiert, die Grenzen der Therapie erreicht und/oder andere Massnahmen notwendig werden

Psychomotorik - Diagnostik in der Übersicht

1. Abklärungselement Allgemeine Beobachtungen Hinweise zum Selbstkonzept

Allgemeine Verhaltensbeobachtung
Anmeldungshintergründe,
Vorinformationen, Ankommen
Erste Kontaktnahme, erster Eindruck
Umziehen, Pausen, Schluss
Körperlich -seelische Resonanz bei TherapeutIn

Hinweise aufs Selbstkonzept

2. Abklärungselement Spielbeobachtung

Offene Spielsituationen in vorbereiteter Umgebung
Psychomotorischer Ausdruck
Beziehungsverhalten
Bewegungsqualität
Wahrnehmungsqualität
szenisch/symbolischer Ausdruck

Hinweise aufs Selbstkonzept

3. Abklärungselement Bewegungsbeobachtung

Strukturierte Aufgaben

Bewegungsqualität
Wahrnehmungsqualität
Beziehungsverhalten
Psychomotorischer Ausdruck

Hinweise aufs Selbstkonzept

4. Abklärungselement Gespräche/Anamnese

Erfassen der psychosozialen Situation

Elterngespräch

Umfeldgespräche:

LehrerIn, evt. Schulbesuche KIGA
ÄrztIn, TherapeutIn
Systemische Überlegungen

Hinweise aufs Selbstkonzept

5. Element

“Zusammenschau”

Kompetenzen/Ressourcen/Schwierigkeiten, Entwicklungsthemen, Selbstkonzept, Leistungsdruck: Kind/Umfeld, Erste Arbeitsschwerpunkte
Entscheid: Therapie ja/nein / Abklärungsbericht

Diagnostische Überlegungen in der Therapie

‘Erkennen was ist, finden was wirkt’

- Arbeitshypothesen dauernd überprüfen
- Beobachtung in den Therapiestunden
- Differenziertere Abklärungen für entsprechende Teilbereiche
(Wahrnehmung, Grafomotorik, Handdominanz)
- Begleitende Umfeldgespräche
- Rolle der Symptome im System erkennen
- Entwicklungsthemen, Szenisch-symbolisches Verstehen
- Prozess /Entwicklung begleiten
- evt. Zwischenberichte

Hinweise aufs Selbstkonzept

Diagnostische Überlegungen zum Therapieabschluss

- Bestandesaufnahme der jetzigen Gesamtsituation des Kindes
- Umfeldgespräche
- Selbsthilfekräfte gestärkt? Körpergefühl gestärkt?
- Begleitungsmöglichkeiten ausgeschöpft?
- Abschlussphase
- Abschlussbericht, evt. andere Massnahme

Hinweise aufs Selbstkonzept

8. Aufbau der Abklärung

a) Beobachtungskriterien auf fünf zentralen Erfahrungsebenen

Die Basler Ausbildung betrachtet die psychomotorische Praxis als Einheit der fünf Erfahrungsebenen

- **WAHRNEHMEN**
- **BEWEGEN / HANDELN** in Raum, Zeit, Energie,
- **FÜHLEN**
- **DENKEN**
- **BEZIEHEN / BEGEGNEN** → ICH-DU-UMWELT

Als alle Ebenen umfassenden Aspekt steht die SYMBOLBILDUNG, in bestimmten Spiel- und Entwicklungsthemen

Diese Einteilung hilft, das Therapieschehen als Einheit zu sehen. Die TherapeutIn kann darin ihren Standort sehen, einordnen und , durch Setzen von Arbeitsschwerpunkten strukturieren. Dem entsprechend legt auch die Diagnostik ihr Augenmerk auf Beobachtungen in oder in Verbindung dieser Ebenen.

<u>Sensorische Aspekte (Wahrnehmen)</u> Wahrnehmung und Bewegung als unabdingbare Verknüpfung	<u>Selbstbild/Selbstkonzept/Fremdbild</u>	<u>Selbstkonzept</u> Diese fünf Aspekte zusammen beinhalten auch das, was als Selbstbild, Selbstkonzept verstanden werden kann. Wahrnehmen und Bewegen können als Körpererleben die Basis für Gefühle von Kompetenz oder Unzulänglichkeit bilden. Das Denken und Vergleichen bringt eine Einschätzung der eigenen Grenzen und Möglichkeiten, welche das Selbstbild dann auch von realen oder imaginierten Fremdbildern abhängig macht
<u>Motorische Aspekte (Bewegen)</u> Die Betrachtung der Bewegung in den Dimensionen Raum, Zeit und Energie		
<u>Affektive Aspekte (Fühlen)</u> Bewegung und Wahrnehmung bewirken Emotionen, andererseits können diese wieder über Bewegung ausgedrückt werden		
<u>Kognitive Aspekte (Denken)</u> Die persönlichen intellektuellen Möglichkeiten und Grenzen beeinflussen das Bewegungserleben direkt oder indirekt.		
<u>Soziale Aspekte (Begegnen/ Beziehen)</u> Schliesslich bekommt menschliche Bewegung ihren Sinn nur durch Beziehung zu Sich, dem Du und der Umwelt		
<u>SYMBOLBILDUNG, symbolische Mitteilung</u> innerhalb bestimmter Spiel- und Entwicklungsthemen		

b) Annäherung an das Selbstkonzept des Kindes

Ein entscheidender Faktor der ganzen Abklärung und der Psychomotoriktherapie überhaupt ist das System von Annahmen und Überzeugungen, die das Kind von sich und seinen Fähigkeiten hat. Es bestimmt wesentlich den Umgang mit Lernen und Herausforderungen auf allen Ebenen. In **Abklärungselement 1** werden Theorien zum Selbstkonzept nach Eggert, Zimmer, kurz diskutiert und Möglichkeiten zu dessen Wahrnehmen in der Abklärung aufgezeigt.

Viele dieser Hinweise waren schon in der alten Fassung drin: Sie werden jetzt mit dem Begriff Selbstkonzept an verschiedenen Stellen neu herausgehoben.

c) Dialogische Spielsituation

Damit ist ein Raum für eine **bewusst offen gestaltete Situation in vorbereiteter Umgebung** gemeint, um das Kind in seinem freien psychomotorischen Ausdruck zu **erleben** und **dialogisch** in eine gemeinsame Gestaltung zu kommen. Dieser Raum wird in der Übersicht an zweiter Stelle nach dem Ankommen erwähnt, er kann aber auch nach, vor oder zwischen den anderen Aufgaben liegen. Wichtig ist, dass er für sich steht und **nicht nur Pausenraum fürs Aufschreiben** darstellt. Diese Pausenräume wird es immer noch geben, und sie sind als weitere Beobachtungsquelle weiterhin wichtig. Die Spielsituation bietet eine andere, freiere Begegnungsform, kann vermehrt die Stärken des Kindes zeigen und begünstigt den Beziehungsanfang im Hinblick auf eine allfällige Therapie. Hinweise darauf sind in **Abklärungselement 2** zusammengestellt.

In dieser Situation stellt sich die TherapeutIn ganz besonders auf den oben beschriebenen Bereich des Erlebens ein, indem sie folgende Haltung hat:

- ***Mich anmuten lassen von einer Situation***
- ***Raum geben, dem Kind, mir, meiner Wahrnehmung***
- ***Dialog anbieten, begegnen und bewusst wahrnehmen, welche Empfindungen und Gefühle sich in mir entwickeln***
- ***Meine persönliche körperliche und seelische Resonanz auf das Geschehen später reflektieren***

Sie vertraut darauf, dass **das wissende Feld ums Kind** sich ihr in einer **vorsprachlichen, atmosphärischen Stufe zeigt** und dass sie durch das Erleben mit dem Kind seine Welt besser verstehen kann, selbst wenn sie nicht alles ausformulieren kann, was sie erlebt hat.

d) Zusammenstellung strukturierter Beobachtungsaufgaben

Die Zusammenstellung von **strukturierten Beobachtungsaufgaben ist als Vorschlag für eine Erstsituation mit wenig Vorinformationen** gedacht. Sie bietet ein Grundmuster für die Studiensituation. **Je nach Verlauf der Spielsituation** können Aufgaben weggelassen werden. Ein Grundstock von 20 Aufgaben liefert Informationen für zentrale Bereiche der Bewegungsbeobachtung. Diese sind in **Abklärungselement 3** zusammengestellt und einzeln vertiefter in einem Beiheft erläutert, indem die einzelnen Beobachungskriterien und mögliche Beurteilungen angegeben werden. Im Beiheft sind auch jene vertiefenden Artikel aus der Fachliteratur zusammengestellt, denen die Beurteilungsangaben entnommen wurden.

e) Starke Gewichtung der Umfeldgespräche, systemische Überlegungen

Ausserdem gewinnen in dieser Abklärung die **Umfeldgespräche eine stärkere Gewichtung**, um das Kind und seine Schwierigkeiten auch als Teil des Systems, in dem es lebt, zu verstehen. (**Abklärungselement 4**) Dadurch sollen neben den bekannten Anamnese-punkten auch Überlegungen zu **Rollenanforderungen, Ressourcen**, zu den täglichen **Anforderungen im sozialen Netz** und den dadurch entwickelten **Bewältigungsstrategien** gemacht werden. Auch in diesen Gesprächen wird neben Beziehungs- und Inhaltsebene der körperlich-seelischen Resonanz bei der TherapeutIn als Informationsquelle besondere Beobachtung geschenkt.

f) Hinweise zur Zusammenschau, zum Schreiben von Abklärungsberichten, zum Therapieeinstieg

Ich gehe davon aus, dass eine Psychomotorische Abklärung in der Praxis nach einer etwa zweieinhalbstündigen Begegnung mit Begleitperson, Kind und den dazugehörenden Umfeldgesprächen zu einer Entscheidung, Therapie ja oder nein, kommen soll. Wünschenswert längere Verfahren über mehrere Male scheinen mir im deutschschweizerischen Schulumfeld nur vereinzelt praxistauglich. . Weiter gehe ich davon aus dass der Entscheid in einem Abklärungsbericht an die anmeldende Stelle dargelegt werden soll. Was alles darin stehen soll, wie lange er für wen sein soll, dazu hat jede Region und auch verschiedene Stellen unterschiedliche Modelle entwickelt. Es sind im Moment Tendenzen im Gange, dies sogar für die ganze Heilpädagogik gesamtschweizerisch zu vereinheitlichen. Die entsprechenden Arbeiten sind aber noch nicht genügend vorangeschritten und diskutiert, als dass sie hier einfließen könnten. Ich stelle deshalb meine gegenwärtige Praxis als Beispiel vor und gebe in **Abklärungselement 5** Hinweise für das Schreiben eines solchen Berichtes.

Einzelne Abklärungselemente

1. Abklärungselement: Allgemeine Beobachtungen und Hinweise aufs Selbstkonzept

A) Einleitung und Übersicht über Allgemeine Beobachtungen

Hier geht es um allgemeine Beobachtungen während der ganzen Abklärung. Damit sind alle Wahrnehmungen zu Kind und Begleitperson gemeint, die für das Verständnis der Problematik des Kindes wichtig sein können und die oft auch **Hinweise zum Selbstkonzept** geben. Vieles zeigt sich im „**Drum-herum**“ einer Abklärung, bei der **Anmeldung**, beim **Ankommen**, in **kleinen Gesprächen**, in **Zwischenräumen**, **am Schluss oder eben über die ganze Zeit hinweg**. Erste, oft richtig wahrgenommene Eindrücke sollen einbezogen, aber auch reflektiert und mit anderen Informationen überprüft werden.

Die erste Seite des Abklärungsbogens gibt Raum für solche allgemeine Notizen. Die Erfahrungsebenen Bewegen/Handeln, Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Begegnen/Beziehen geben auch hier die Struktur. Ein beiliegender Fragebogen übers Selbstkonzept soll helfen, entsprechende Beobachtungen wahrzunehmen und zu reflektieren. Die folgenden Ausführungen sind in zwei Teile aufgeteilt:

A) „Allgemeinen Beobachtungen“

In diesem ersten Element geht es darum, einerseits mit Vorinformationen, dem ersten Kontakt und somit auch mit ersten Vorurteilen gut umzugehen. Gerade hier lassen sich spezielle Beobachtungen und Erlebnisse wahrnehmen, denn die Art und Weise, wie z.B. die Begleitperson mit dem Kind umgeht, wie sie auftritt, wie sie interveniert, geben uns Einblick in die Lebenswelt des Kindes und helfen für das Verständnis seiner Probleme

1. Informationen rund um die Anmeldung

Anmeldungsumstände? Wer hat angemeldet? Warum? Über welche Stellen? Berichte? Gibt es Vorinformationen über und von den AnmelderInnen? Besondere Vorkommnisse: Telefone, Begegnungen,... Erste Daten über das Kind, meist aus der Sicht anderer.

2. Ankommen, Empfang, Einstieg, erste Reaktionen, Eindruck

Erster Gesamteindruck und auftauchende Gefühle (Resonanz), erste Kontaktnahme, Kommunikation: Begleitperson – Kind, Begleitperson – TherapeutIn, Verhalten beim Umziehen, Einstieg

3. Aussehen, Ausdruck, Besonderheiten

Neben der Beschreibung von Konstitution, Ausdruck, Ausstrahlung geht es auch um persönliche Wahrnehmungen wie: Wie wirkt das Kind auf mich? Ist es mir fremd? Vertraut? Sympathisch, unsympathisch?

4. Allgemeine Beobachtungen zu den Erfahrungsebenen

Hier geht es um Wahrnehmungen, die sich über die ganze Abklärung erstrecken oder Phänomene, die in Übergängen wie Pausen, am Schluss, usw. auftauchen. Der Beobachtungsbogen gibt hier den Erfahrungsebenen zugeordnete Begriffe für verschiedene Beobachtungsbereiche.

B) Hinweise zum Selbstkonzept

Als Selbstkonzept wird nach Eggert (1991), Zimmer (1999) das System von Annahmen, Einstellungen, Wertvorstellungen Überzeugungen zur eigenen Person bezeichnet. Es beinhaltet bewusste oder unbewusste Repräsentation von Erfahrungen aus der eigenen Biografie und spiegelt auch Einflüsse und Wertvorstellungen der Eltern und des Umfeldes wieder.

1. „Psychomotorische“ Selbstwahrnehmung (Körper, Bewegung, Gefühle)

2. Selbsteinschätzung

3. Selbstakzeptanz

4. Selbstvertrauen

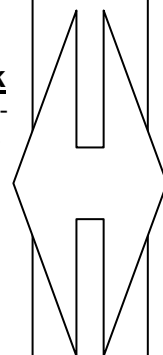
Umgang mit Erfolg, Misserfolg

5. Motivation, Lernneugier,

6. Fremdbilder

7. Problembewusstsein und Leidensdruck bei Kind /Umfeld

Ressourcen/Bewältigungsstrategien



B) Zum Beobachtungsbogen „Allgemeine Beobachtungen

Anmeldungsstände

Wer hat angemeldet? Warum? Über welche Stellen? Berichte? Gibt es Vorinformationen über und von den AnmelderInnen? Besondere Vorkommnisse: Telefone, Begegnungen,.....

Daten über Kind, Familie, Heim und Umfeld

Name, Vorname, Geburtsdatum, Familienname, Namen beider Eltern mit Vornamen, Adresse, Telefon, IV- Nummer, Klasse, Schulhaus, LehrerIn, AertztInnen, TherapeutInnen, ErzieherInnen...(Notizen auf E4, Elterngesprächsbogen)

Ankommen, Empfang, Umziehen, erste Reaktionen auf Raum und Umstände, Einstieg:

Kontaktnahme und Hineinführen in den Raum, einleitende vertrauensserweckende Gespräche und Hilfen (Garderobe, Kleidung...)

Erster Gesamteindruck, Resonanz	Auftauchende körperliche Zeichen (Leichtigkeit, Weite, Atemnot, Verpannungen,...)
	Auftauchende Gefühle, Bilder, Erinnerungen, Impulse bei TherapeutIn

Erste Kontaktnahme mit TherapeutIn

Kommunikation: Begleitperson - Kind	Qualität des Dialogs, Gleichgültigkeit, Überbehütung
Mutter, Vater, ErzieherIn	

Verhalten beim Umziehen:	Selbständigkeit, Selbstsicherheit, Tempo, Ökonomie, Feinmotorik, Orientierung am Körper
---------------------------------	---

Erklärung des Vorgehens

Die TherapeutIn informiert das Kind und die Eltern über den Verlauf der Abklärung. Es gibt **drei Teile**:

1. „In einem Teil kannst Du **frei** mit den hier aufgestellten Möglichkeiten **spielen** “ -Die TherapeutIn zeigt die Bereiche: „Du kannst auch was umbauen, **neu gestalten**. Du bestimmst in dieser Zeit, was läuft. Du kannst **mich zu Hilfe holen oder mich wegschicken...**!“
„Dieser Teil dauert etwa 15-30 Minuten.“
2. „In einem anderen Teil werde ich mit Dir zusammen **verschiedene Übungen** machen.“
3. „Am Schluss **sprechen Deine Mutter/ Dein Vater und ich** noch etwa eine halbe Stunde. Da kannst Du dann wieder alleine spielen.“

Magst Du mit dem freien Teil oder mit den Übungen beginnen?

Grundlegende allgemeine Beobachtungen während der ganzen Abklärung

<u>Begleitperson</u>	Bemerkungen zur Persönlichkeit der Begleitperson Umgang der Begleitperson mit dem Kind, der Situation (Interesse, Ängstlichkeit, Raum lassen, Zwischenbemerkungen,...)	
<u>Aussehen</u>	Körperbau, Proportionen, Haut, Augen, Blick, Auffälligkeiten	
<u>Ausdruck</u>	nonverbaler Ausdruck (Körperhaltung, Gestik, Mimik, Ausstrahlung) verbaler Ausdruck, Sprache (Artikulation, Grammatikgebrauch)	Geruch,.....
<u>Beziehen/Begegnen</u> (sozial)	ICH → zu Körper, zu sich selbst (Selbststeuerung, Bedürfnisse, Werte, Selbstanforderungen, Leistungsstrategien, Selbstbild, Körperbild, Körpererleben, unbelebte, unbeachtete Bereiche...(im Hinblick auf ignorierte, annullierte Zonen) DU → zu Begleitperson, TherapeutIn, (Kooperation, Kontaktbereitschaft, Dialogfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Umgang mit Forderungen, Ansprüchen der anderen, Integrationsfähigkeit), Blickkontakt. Sprache UMWELT → zu Material, Gegenständen, zum Raum	
<u>Wahrnehmen</u> (sensorisch)	Allgemeine Wachheit, Präsenz, Konzentration , Aufmerksamkeit Besonderheiten in einzelnen Wahrnehmungsbereichen: taktil, auditiv, visuell, ..	
<u>Bewegen/Handeln</u> (motorisch)	Wirkung der Gesamtbewegung (Koordination, Gleichgewicht, Lateralität, Praxie)	
<u>Raum</u>	wenig/viel einnehmend, grosszügig/kleinräumig Nähe/Distanz zu Dingen, sich selbst, zum Du, engstirnig, weitherzig	
<u>Zeit</u>	schnell/langsam, rhythmisch/arhythmisch, hängenbleiben/ perseverieren/ vorwärtsdrängen/ Atem: frei/stockend/hörbar... Geduld, Nervosität, Stress, Unruhe, Langsamkeit	
<u>Energie</u>	fliessend/gestaut, wenig/viel, impulsiv/subtil Aktivitätsniveau, Initiative, Antrieb, Muskelgrundtonus, Möglichkeiten zur Anspannung und Entspannung, Ausdauer tonisch- dynamische Grundgestimmtheit: sich niederlassen - loslassen - ruhen - sich aufrichten - anspannen, halten	
<u>Fühlen</u> (affektiv)	seelische Grundbefindlichkeit, sicht- oder erlebbare Ängste, Wünsche, Stimmungen / Stimmungswechsel , Phantasien, Motivation: Erkunden: Neugierde, Antriebskraft , ausprobieren, Versuch/Irrtum, Frustrationstoleranz , dranbleiben können	
<u>Denken</u> (kognitiv)	Begriffsbildung und Abstraktionsvermögen (kognitive Fähigkeiten), Körperbegriffe, Merkfähigkeit, Aufgabenverständnis Kreativität, Gestaltungsmöglichkeiten, Zusammenhänge sehen, Handlungskompetenz, Planen können,	
<u>Vorlieben</u>	Äußerungen über Vorlieben	
<u>Stärken/Schwächen</u>	Angesprochene oder beobachtete Stärken Äußerungen über eigene Schwächen	

Hinweise zum Selbstkonzept

- „Psychomotorische“ Selbstwahrnehmung, (Körper, Bewegung, Gefühle)
- Selbsteinschätzung
- Selbstakzeptanz
- Selbstvertrauen
Umgang mit Erfolg, Misserfolg,
- Motivation- Lernneugier
- Fremdbilder
- Problembewusstsein und Leidensdruck

Hinweise auf Ressourcen und Bewältigungsstrategien

Psychomotorische Abklärung		Name/Vorname:		Geb:	Datum der Abklärung:
E 1.2 Allgemeine Beobachtungen					
Ankommen, Empfang, Umziehen, erste Reaktionen auf Raum und Umstände, Vorgehenswahl, Einstieg:					
Kontaktnahme und Hineinführen in den Raum, einleitende vertrauensverweckende Gespräche und Hilfen (Garderobe, Kleidung...)					
Erster Gesamteindruck, Resonanz		Auftauchende körperliche Zeichen (Leichtigkeit, Weite, Enge, Atemnot, Verspannungen,...) Gefühle, Bilder, Erinnerungen, Impulse...			
Erste Kontaktnahme		mit TherapeutIn			
Verhalten beim Umziehen:		Selbstständigkeit, Selbstsicherheit, Tempo, Ökonomie, Feinmotorik, Orientierung am Körper			
Grundlegende allgemeine Beobachtungen während der ganzen Abklärung					
Begleitperson Mutter, Vater, ErzieherIn	Persönlichkeit Begleitperson	Kommunikation mit Kind (wertschätzend, abwertend, behütend...)		Umgang mit Situation: Interesse, Gleichgültigkeit, Bemerkungen	
Aussehen	Körperbau , Konstitution	Haut	Augen / Blick	besondere Merkmale, Geruch	
Ausdruck Echtheit	nonverbaler Ausdruck	Körperhaltung	Gestik, Mimik	Ausstrahlung	Hinweise zum Selbstkonzept • „Psychomotorische“ Selbstwahrnehmung, (Körper, Bewegung, Gefühle) • Selbsteinschätzung • Selbstakzeptanz • Selbstvertrauen <i>Umgang mit Erfolg, Misserfolg,</i> • Motivation- Lernneugier • Fremdbilder • Problembewusstsein und Leidensdruck
Beziehen/Begegnen (sozial)	verbaler Ausdruck/Sprache	Dialogfähigkeit	Artikulation	Grammatikgebrauch	
ICH → zu Körper	Körpererleben	belebte, unlebte Bereiche	Körperschema		
DU → zu sich selbst	Selbstbild, Selbstwertgefühl	Anforderungen an sich	Selbstständigkeit	Selbstsicherheit	
→ zu TherapeutIn	Kontaktbereitschaft	Umgang mit Nähe /Distanz	Kooperation	Integrationsfähigkeit	
UMWELT → zu Material	Umgang mit Material	Einsatz des Materials	Bevorzugung von Material		
Wahrnehmen (sensorisch)	Aufmerksamkeit , Präsenz	Konzentration	Lateralität, Dominanz	Propriozeption	
Sinne:	Sehen	Hören	Tasten	Gleichgewichtssinn	
Bewegen/Handeln (motorisch)	Wirkung - Gesamtbewegung	Koordination – Praxie			
Raum <u>Raumnutzung:(Ebenen)</u>	<i>oben-unten, peripher-zentral, viel-wenig einnehmen, klein-grossräumig</i>				
<u>Raumorientierung</u>	<i>sicher, unsicher, klar, im Aussenraum, im Körperraum</i>				
<u>Raumbeziehung</u>	<i>eng, weit, nimmt ganzen Raum breit oder eingeschränkt wahr,</i>				
Zeit <u>Zeitliche Grundgestimmtheit</u>	<i>schnell/langsam, rhythmisch/arhythmisch, stocken/vorwärtsdrängen</i>				
<u>Art der Atmung:</u>	<i>frei/stockend/hörbar</i>				
<u>Anpassung an äussere Zeit</u>	<i>einfach, erschwert</i>				
Energie <u>Tonisch Grundgestimmtheit:</u>	<i>hypoton - hyperton</i>				
<u>Energieeinsatz:</u>	<i>fliegend/gestaut, wenig/viel, impulsiv/subtil</i>				
<u>Energieaustausch:</u>	<i>achtsam, dosiert, angepasst</i>				
Fühlen(affektiv)	Grundstimmung	Stimmungswechsel	Lust/Unlust/Frustrationstoleranz	Sicht- oder erlebbare Ängste	Wünsche, Phantasien
	Motivation	Neugierde, Erkundungsantrieb	Durchhaltewille, Ausdauer	Aggression/Regression	Vermeidungen, Zwänge
Denken(kognitiv)	Begriffsbildung, Merkfähigkeit	Planen, Gestalten, Strukturieren	Aufgabenverständnis	Zusammenhänge sehen	Kreativität (Ideen, Phantasie)
Vorlieben, Stärken	Angesprochene oder beobachtete Stärken		Hinweise auf Ressourcen und Bewältigungsstrategien		
Schwächen	Äusserungen über eigene Schwächen				

Psychomotorische Abklärung	Name/Vorname:	Geb:	Datum der Abklärung:
E 1.2 Allgemeine Beobachtungen, leer			
Ankommen, Empfang, Umziehen, erste Reaktionen auf Raum und Umstände, Vorgehenswahl, Einstieg:			
Kontaktnahme und Hineinführen in den Raum, einleitende, vertrauensnerweckende Gespräche und Hilfen (Garderobe, Kleidung...)			
Erster Gesamteindruck, Resonanz Erste Kontaktnahme mit TherapeutIn Verhalten beim Umziehen:			
Grundlegende allgemeine Beobachtungen während der ganzen Abklärung			
<u>Begleitperson</u> Mutter, Vater, ErzieherIn <u>Aussehen</u> <u>Ausdruck</u> <u>Beziehen/Begegnen (sozial)</u> ICH → zu Körper → zu sich selbst DU → zu TherapeutIn UMWELT → zu Material <u>Wahrnehmen (sensorisch)</u> <u>Bewegen/Handeln (motorisch)</u> <u>Raum</u> Raumnutzung:(Ebenen) Raumorientierung Raumbeziehung <u>Zeit</u> Zeitliche Grundgestimmtheit Art der Atmung: Anpassung an äussere Zeit <u>Energie</u> Tonisch Grundgestimmtheit: Energieeinsatz: Energieaustausch: <u>Fühlen (affektiv)</u> <u>Denken (kognitiv)</u> <u>Vorlieben, Stärken</u> <u>Schwächen</u>			

Hinweise
zum Selbstkonzept

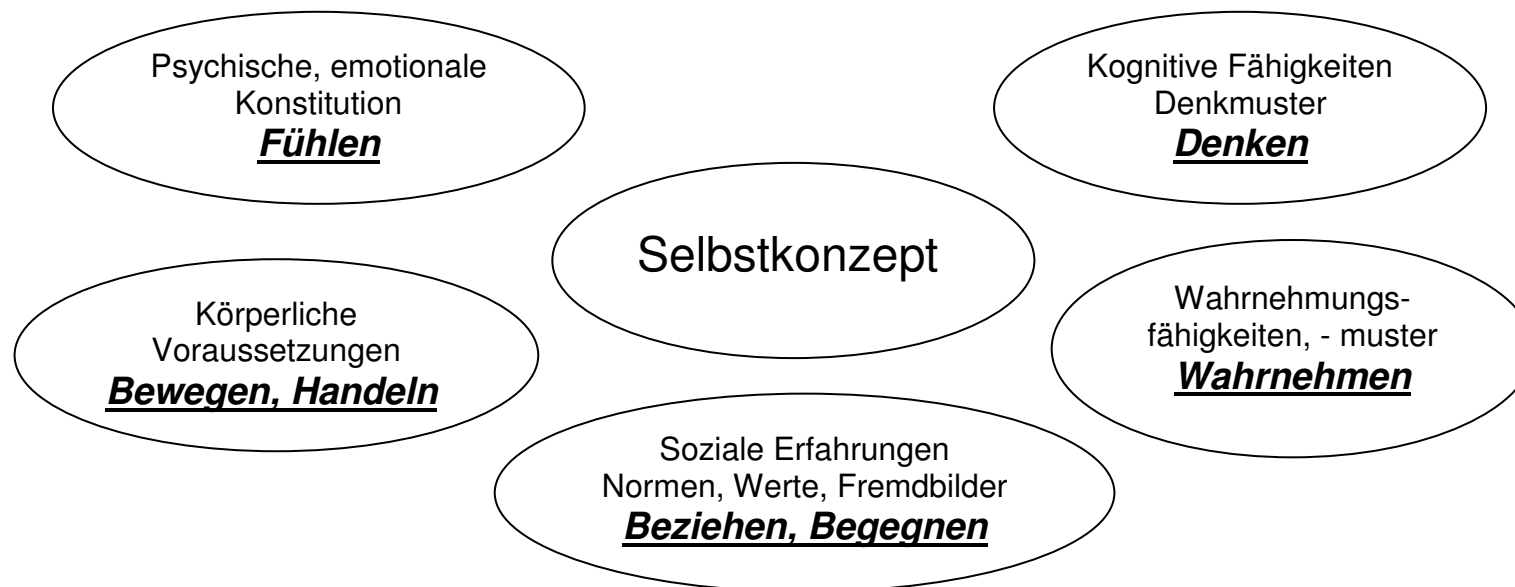
Hinweise auf Ressourcen und Bewältigungsstrategien

C) Hinweise zum Selbstkonzept

Als Selbstkonzept wird nach Eggert (1991), Zimmer (1999), das System von Annahmen, Einstellungen, Wertvorstellungen Überzeugungen zur eigenen Person bezeichnet. Es beinhaltet bewusste oder unbewusste Repräsentation von Erfahrungen aus der eigenen Biografie und spiegelt auch Einflüsse und Wertvorstellungen der Eltern und des Umfeldes wieder.

Diese Einstellungen sind für das Erleben des Kindes von sehr grosser Bedeutung, denn je nachdem nimmt das Kind die Welt und sich selbst und auch seine Schwierigkeiten anders wahr, oder aber sie haben eine grössere oder kleinere Bedeutung für das Kind. In der Abklärung von Naville (1985) wurde ein Aspekt dieser Problematik mit dem Wort „Leidensdruck“ umschrieben. Gemeint war: Nimmt das Kind die Schwierigkeit überhaupt wahr? Ist sie schwerwiegend für das Kind und die Umwelt? Führt sie vielleicht bereits zu sogenannten sekundären Störungen (meist Verhaltensschwierigkeiten wie Rebellion, Regression, Resignation, psychosomatische Phänomene, vgl. unten Teufelskreise negativer Verstärkung). Die zentrale Frage bleibt eigentlich diese eine. Die Arbeiten übers Selbstkonzept haben aber diesen Bereich noch verfeinert ausgeleuchtet und auch die Entstehung des Selbstkonzeptes reflektiert: Betrachten wir auch dieses Phänomen wieder von unseren Erfahrungsebenen her, so kann die Entstehung von allen fünf Ebenen her beeinflusst sein

Einflüsse aufs Selbstkonzept aus den verschiedenen Erfahrungsebenen



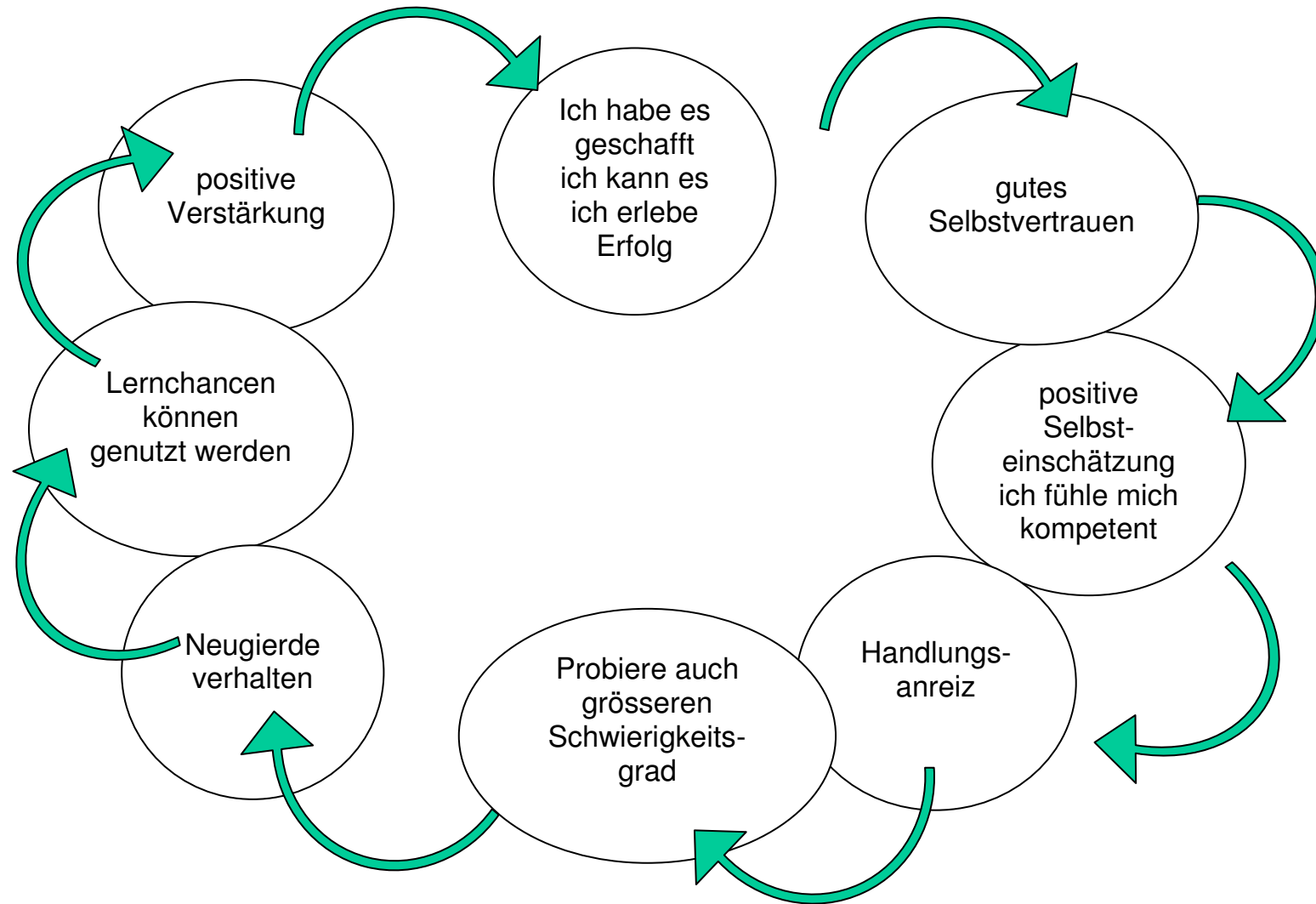
Selbstkonzept - eine Übersicht

System von Annahmen, Einstellungen, Wertvorstellungen Überzeugungen zur eigenen Person
Bewusste oder unbewusste Repräsentation von Erfahrungen aus der eigenen Biografie
Spiegelung der Einflüsse und Wertvorstellungen der Eltern, des Umfeldes

Innerer Dialog mit sich selbst geht über alle Ebenen				
Sensorischer Anteil Selbstwahrnehmung Wahrnehmungs- art und -muster „Sensorisches Selbst“ Fragen: Wahrnehmung des augenblicklichen Bildes von mir? Beispiel: Ich nehme meine Angst vor dem Klettern wahr	Motorischer Anteil Körper- und Bewegungserleben „Körperselbst“ Fragen: Schilderung des Körpererlebens? Vorstellung von der eigenen handelnden Person?	Affektiver Anteil Selbstwertgefühl Selbstwertschätzung Selbstbewertung Eigenes Anspruchsniveau Fragen: Zufriedenheit mit und Bewertung der wahr- genommenen Merk- male und Fähigkeiten Beispiel: Meine Angst vor dem Klettern macht mir Mühe	Kognitiver Anteil Selbstbild Wissen über sich selbst Merkmale, Fähigkeiten Aussehen, Stärken Fragen: Wer bin ich? Wie sehe ich aus? Was kann ich? Was kann ich nicht? Verbale Selbst- darstellung?	Sozialer Anteil Fremdbilder Fremdeinschätzung Erwartungen Umfeld Vergleich mit fremden Ansprüchen Fragen: Wie meint das Kind, dass andere es sehen? Wirkung auf andere? Beispiel: Die anderen spüren meine Angst beim Klettern
Körperbild, Körpererleben Erfahrung mit der eigenen gelebten Leiblichkeit schön, hässlich, attraktiv...		Selbsteinschätzung Einschätzung der eigenen Fähigkeiten. Wer / wie bin ich im Vergleich zu ande- ren? Wie bewerte ich dies? Beispiel: Ich bin ängstlicher im Klettern als andere, aber das ist in Ordnung so!		
Das Selbstkonzept eines Kindes ist also eine Verbindung all dieser Anteile und je nach Kind beeinflussen die einen oder die ande- ren das Kind stärker, nach Zimmer (1999) kommt dabei dem Körpererleben eine zentrale Bedeutung zu und sie leitet daraus die spezielle Bedeutung der Arbeit über den Körper in der Psychomotorik ab.				

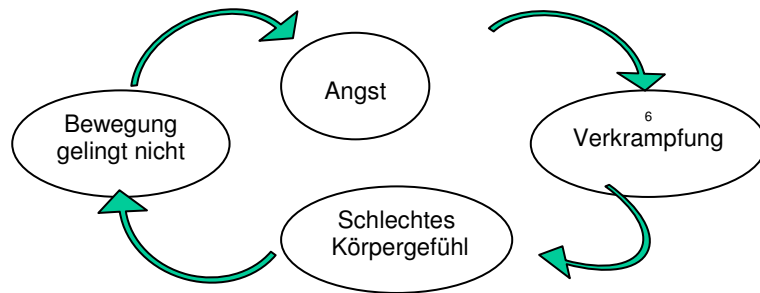
Dies alles bestimmt also das allgemeine Lebensgefühl, Stimmungen und die Motivation, Herausforderungen anzunehmen, Lernerfahrungen zu machen, mit Erfolg, Misserfolg, Lust und Unlust umzugehen. Im positiven Falle entsteht so etwas wie ein Entwicklungskreis positiver Verstärkung.

Entwicklungskreis positiver Verstärkung

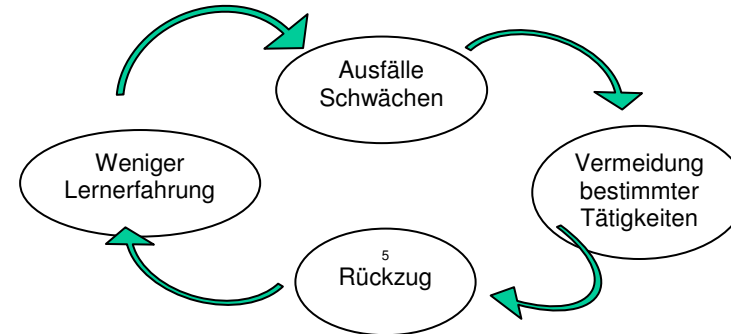


Sogenannter Leidensdruck beim Kind und im Umfeld liegt dann vor, wenn Kinder mit psychomotorischen Schwierigkeiten diese natürliche Lernneugier verloren haben und entsprechend in eine Art negativem Verstärkungskreis→ Teufelskreis landen. Solche Teufelskreise können etwa wie folgt formuliert werden .

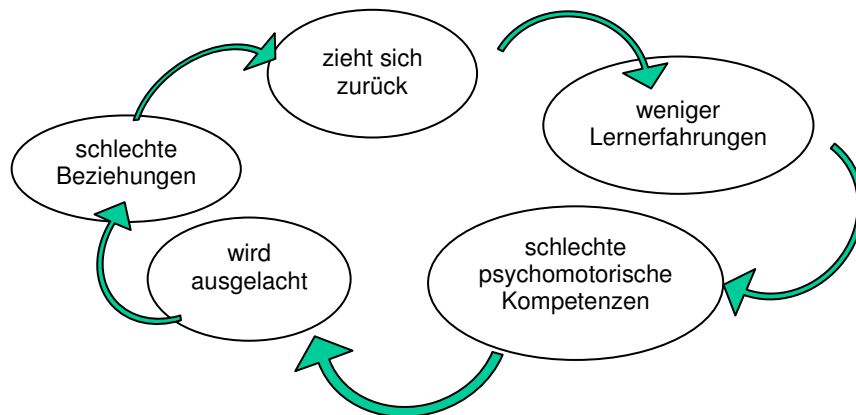
Angst - Verkrampfung



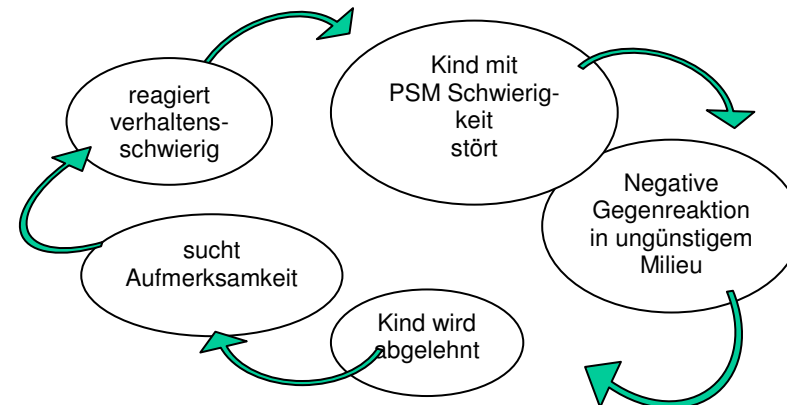
Ausfälle - Vermeidung



Rückzug



Verhaltensschwierigkeit



Dies sind nur modellhafte Möglichkeiten, jedes Kind hat seine ureigenen Muster und entsprechend auch persönliche Entwicklungs- und Teufelkreise

Selbstkonzept in der Abklärung

In all unsere Beobachtungen auf den verschiedenen Erfahrungsebenen fliessen Hinweise zum Selbstkonzept ein. Ich habe darum auf der Übersicht auf Seite 15 bei allen Abklärungselementen „Hinweise aufs Selbstkonzept“ vermerkt. Ebenso findet sich sowohl bei den Bogen für die offene Situation als auch bei denen für die strukturierten Aufgaben spezieller Notizraum dafür. Obwohl diese Beobachtungen natürlich in den Erfahrungsebenen enthalten sind, geht es darum, diese nun noch bewusster wahrzunehmen. Hinweise zum Selbstkonzept findet man nämlich oft „zwischen den Zeilen von Gesprächen“ oder Erlebnissen. Es braucht auch dafür wieder, wie eingangs erklärt, verschiedene Annäherungen übers Beobachten, Erfragen und vor allem auch übers Erleben in der Begegnung mit dem Kind. In der Erstsituation der Abklärung ist erst eine bruchstückhafte Annäherung ans Selbstkonzept möglich.

Wo und wie werden Hinweise auf das Selbstkonzept des Kindes in der Abklärung sichtbar

Grundsätzlich geben alle Elemente Hinweise. Auf der anderen Seite dürfen diese nur aufgrund der Erstsituation nicht überbewertet werden, da, wenn überhaupt, eigentlich erst nach einigen Monaten das Selbstkonzept erfasst werden kann. Darum betone ich immer wieder, dass wir lediglich Hinweise sammeln.

Gerade im Umgang mit den strukturierten Aufgaben zeigt das Kind über seine Einstellung zu Herausforderungen in einer konkreten fremdgestellten Aufgabe oft sehr deutlich sein Selbstbild. Hier ist vor allem auf Bemerkungen, Stimmungen aber auch Gestik und Mimik zu achten. Wie geht das Kind mit Erfolgen und Misserfolgen um?

In der offenen Spielsituation sind es eher Initiative und Gestaltungsmotivation die uns Hinweise geben. Aber auch Bemerkungen zum selbst erfundenen und Gestalteten deuten auf die eigene Wertschätzung hin.

Im Elterngespräch können wir natürlich die Sichtweise der Eltern über das Selbstvertrauen ihres Kindes direkt erfragen. Vielleicht sind es aber mehr Geschichten und Erlebnisse, die uns die Eltern erzählen, welche uns Hinweise geben.

Schliesslich könnte man natürlich das Kind selbst fragen, ob es sich allgemein viel zutraue, wie es glaube, dass die andern es sähen, aber meist werden auch hier diese Informationen in Form von Bemerkungen, Erzählungen oder Szenen an uns herangetragen.

Mit dem folgenden **Fragekatalog** möchte ich helfen, **nach der Abklärung** nochmals Hinweise auf das Selbstkonzept wachzurufen. Er kann helfen, vergessene Elemente noch einzubeziehen, ohne dass vielleicht die Quellen der Informationen alle genau bewusst wären. Eine andere Möglichkeit ist das Nachklingelassen der einzelnen Abklärungselemente zu den Fragen:

- Allgemeine Beobachtungen während der ganzen Abklärung
- Erfahrungen in der offenen Spielsituation
- Erfahrungen und Beobachtungen bei den Bewegungsaufgaben
- Elterngespräch, Umfeldgesprächen
- Direkte oder indirekte Mitteilungen des Kindes

D) Fragen zum Selbstkonzept des Kindes 1 (vertieft)

Sensorisch - motorischer Anteil:

Selbstwahrnehmung im Bereich Körper- und Bewegungserleben

Körpererleben <i>Körperwahrnehmung Körpergefühl</i>	Kennt das Kind seinen Körper? Kann es Körperteile benennen? Bezug zum Körper, Körperpflege? Kleider?, Kann das Kind vom Körpererleben und Körpergefühlen berichten? Berichtet es über Schmerz, Enge, Weite, Wohlgefühl.....? Gibt es Hinweise aus Beobachtungen (Haltung, Ausdruck) oder Umfeldgesprächen (Wehleidigkeit, Schmerzunempfindlichkeit,...) zum Körpererleben des Kindes? Hat das Kind Möglichkeiten zur Anspannung und zur Entspannung?
Selbsteinschätzung <i>Fähigkeitseinschätzung</i>	Schätzt das Kind seine Fähigkeiten und Leistungen im Bereich Körper und Bewegung realistisch ein? Kennt es seine Stärken und Schwächen allgemein und im körperlichen Bereich? Überschätzt es sich? Unterschätzt es sich? Nimmt es allfällige Bewegungsschwierigkeiten wahr?
Selbstakzeptanz <i>Zufriedenheit</i>	Ist das Kind mit seinem Aussehen, mit seinem körperlichen Voraussetzungen zufrieden ? Oder macht es diesbezüglich, abwertende Bemerkungen? Berichtet das Umfeld von solchen Bemerkungen? Ist es mit seinen körperlichen Fähigkeiten und Leistungen zufrieden? Wie steht das Kind dazu? Kann das Kind allfällige Schwierigkeiten annehmen und dazu stehen? Ist es geniert wegen seiner Schwierigkeiten? Überspielt oder verheimlicht es sie? Ist es mit sich unzufrieden, obwohl es eigentlich gute Leistungen bringt?

Affektiver – kognitiver Anteil

Fühlen, Werten, Willensstärke, Selbstkontrolle, Konzentration, Ausdauer

Grundstimmung <i>Lebensgefühl, Stimmungen Kontakt zu Gefühlen Umgang mit Gefühlen</i>	Wie ist die Grundstimmung des Kindes? (eher fröhlich, leicht, ernst, schwer,...eher ängstlich, mutig, übermütig, forsch?) Hat es häufige Stimmungswechsel? Hat es einen guten Kontakt zu seinen Gefühlen? Kann es seine Gefühle gut ausdrücken? Gehen seine Gefühle mit ihm durch? Wie geht es mit seinen Gefühlen um? Wie ist seine Selbstkontrolle? (beherrscht, diszipliniert, ruhig, besonnen, impulsiv, unbeherrscht,) Wie sind seine Grundeinstellungen: zur Schule, Lebenssituation, Lehrerin, Abklärung?
Selbstvertrauen <i>Umgang mit Misserfolg, Erfolg Selbstsicherheit</i>	Bringt es sich selber große oder wenig persönliche Wertschätzung entgegen? Traut sich viel zu, gute Erfolgserwartung fühlt sich selbstsicher, selbstbewusst, selbständig . Macht einen selbstsicheren und selbstbewussten Eindruck? Ist von sich und seinen Leistungen überzeugt? Ist es bei Misserfolg nicht gleich entmutigt? Gibt es schnell auf? Verbale Selbstdarstellung?
Motivation <i>Neugier - Initiative Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem</i>	Wagt sich an neue unbekannte Aufgaben? Wie geht es Herausforderungen an: engagiert, spontan, schnell, entschieden, initiativ, zögernd, zurückhaltend, wenig aktiv, Konzentration? Wo ist es emotional voll dabei? Wo lebt es auf? Wo kann es konzentriert dabeisein?
Problembewusstsein <i>Bedeutung des vermeintlichen Problems</i>	Persönliche Einstellung zum Problem und zu möglichen Verbesserungen. Wird es wahrgenommen? Welche Bedeutung hat das Problem für das Kind, die Eltern, die Schule? Will es etwas verändern? Stellenwert von Körper und Bewegung im Umfeld des Kindes? Besteht ein Leidensdruck? Beim Kind? Beim Umfeld?

Sozialer Anteil

Umfeld – Vergleiche - Fremdurteil

Fremdbilder	Wie meint das Kind, dass andere es sehen? Trauen andere dem Kind viel zu? Vergleicht sich das Kind oft mit anderen?
Sozialkompetenz	Wie ist seine Geselligkeit? (kontaktfreudig, gesprächig, meidet Kontakt, sondert sich ab, distanzlos, zurückhaltend) Hat das Kind viele Freunde? Kommt es gut aus mit den anderen? Wie ist seine Wirkung auf andere ?(beliebt, bewundert, gefürchtet, gemieden). Fühlt es sich sicher in sozialen Situationen? Kann es sich durchsetzen und auch einmal nachgeben?
Gibt es einen Teufelskreis negativer Entwicklung für dieses Kind? Leidensdruck?	

D) Fragen zum Selbstkonzept des Kindes 2 (vereinfacht)

Psychomotorische Selbstwahrnehmung (Körper, Bewegung, Gefühle)	Welchen Bezug hat das Kind zu seinem Körper? Zur Bewegung? Zu seinen Gefühlen? Kann es vom Körpererleben und Körpergefühlen berichten?
Selbsteinschätzung	Schätzt das Kind sein Bewegungskönnen realistisch ein? Über- Unterschätzen?
Selbstakzeptanz	Ist das Kind mit seinem Körper und seinem Bewegungskönnen zufrieden?
Selbstvertrauen <i>Umgang mit Erfolg, Misserfolg,</i>	Traut es sich viel zu? Kann das Kind Erfolg geniessen und Misserfolg ertragen? Gibt es schnell auf?
Motivation- Lernneugier	Wie geht es Herausforderungen an? Verliert es die Lernneugier schnell?
Fremdbilder	Wie meint das Kind, dass andere es sehen? Fühlt es sich sicher in sozialen Situationen?
Problembewusstsein und Leidensdruck Kind - Umfeld	Welche Bedeutung hat das vermeintliche Problem für das Kind? Wird es wahrgenommen? Welche Bedeutung hat das vermeintliche Problem für die Eltern? Wird es wahrgenommen?

A) Grundsätzliches zur offenen Spielsituation in der Abklärung

Das Angebot in dieser Phase ist **Beziehung, Raum und Zeit**. Dies sind nach Winnicott (1971) Grundvoraussetzungen für die Entstehung des Spiels, das sich „im Verbindungsbereich der subjektiven und objektiven Welt, also im „intermediären“ Raum entwickelt“. Unstrukturierte Erfahrungen und kreative sensorische und motorische Impulse stellen das Rohmaterial für das Spielen dar. Das Spiel kann Ausdruck von Lust, Spannungen und Ängsten sein, es bietet auch Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten, in welchen sich diese inneren Erfahrungen offenbaren.

Das **szenische Verstehen** des Spiels bildet für A. Lorenzer (1983) den Zugang zu bildhaften Interaktionsformen, die „vor, hinter und zwischen den Worten“ liegen, zu Ausdrucksformen, die aus inneren Erlebnisweisen stammen und den Bezug zum Selbst darstellen. A. Lorenzer spricht von **sensomotorischen Erinnerungsspuren**, aus denen später zusammen mit Wortvorstellungen die Sprache entsteht. Da der spätere symbolische Ausdruck und die Sprache auf ersten archaischen Formen sensomotorischer, gestisch-mimischer Kundgebungen aufbauen, die eng mit dem Körpererleben und dem Körperbild verbunden sind, ist es gerade für die Psychomotorik besonders wichtig, diesen freien psychomotorischen Ausdruck zu beobachten. Darin interessiert die Psychomotorik besonders der tonisch-emotionale Dialog, in dem sich der Ausdruck jeder Beziehung, auch der vorsprachlichen, spiegelt.

Nach Seewald (1992), Lapierre A./ Aucouturier B. (1998), Mahler (1993) zeigen sich in verschiedenen Spielformen „Leib- und Beziehungsthemen, die **symbolische Entsprechungen** (symbolisches Echo) aus früheren Phasen darstellen können. Seewald nennt diese **Entwicklungsthemen**. Er hat aus vielen Quellen (unterschiedlicher Entwicklungstheorien) eine **umfangreichen Liste** solcher Leib- und Beziehungsthemen zusammengestellt (Zitat S.39-42, 1992). Sie ist eingeteilt in Erlebnisspuren von sechs wichtigen Phasen der menschlichen Entwicklung (intrauterin bis ca. 5 Jahre) und enthält unter „Symbolisches Echo“ Situationen, die auf diese Entwicklungsphasen zurückgehen könnten. Diese Aufstellung kann als **Orientierungshilfe zum Verständnis kindlicher Spielszenen** dienen. Das Spiel kann aber nicht nur Vergangenes beinhalten; es enthält oft auch **Verarbeitungs- und Lösungsmöglichkeiten** wie mit **Defiziten, Traumatisierungen, Störungen und Konflikten** (Petzold 1977)) umgegangen werden könnte, und kann darum ein **wichtiger Wegweiser für die Therapie** sein.

Zimmer (1999) beschreibt in diesem Zusammenhang folgende Formen des Symbolspiels:

Imitation:

Nachspielen der Wirklichkeit, Aufarbeiten von Ereignissen, Verarbeitung von Erlebnissen (retrospektiv, zurückschauend)

Kompensation:

Korrektur der Wirklichkeit, Verändern der Rollen, erproben von Handlungsalternativen (prospektiv, vorausschauend)

Antizipation:

Vorwegnahme möglicher oder gewünschter Ereignisse, Überprüfung von Handlungsalternativen auf ihre Wirkungen.

In offenen Situationen habe ich oft erlebt, dass symbolische Elemente und damit die oben beschriebenen Formen nicht nur im „expliziten Symbolspiel“, sondern im Spiel überhaupt auftauchen. Das Spiel ist somit für die Selbstentwicklung des Kindes von zentraler Bedeutung. Schäfer (1983) in Zimmer (1999) unterscheidet dabei das Spiel als

**Selbstsymbolisierung,
Selbstentwurf
Selbstgestaltung.**

Auch dieser letzte in die Zukunft gerichtete Aspekt ist gerade für eine Erstbegegnung ganz wichtig. Das Kind kommt nicht nur (aber auch) mit schwierigem Vergangenen zu uns, sondern mit der Gegenwart. Die drei Ausdrücke in der Sprache des Kindes könnten etwa meinen:

**So bin ich im Moment! Das hab ich erlebt! Das beschäftigt mich, nimm mich an damit!
So möchte ich werden! Das sind meine Entwürfe von mir!
Und fangen wir gleich an auszuprobieren!**

Die offene Spielsituation in der Abklärung ist kurz und einmalig. Sie **kann und will** noch nicht all diese Tiefen ausloten. Diese sind hier erwähnt, um den möglichen Gehalt solcher Situationen anzudeuten. Es geht darum, einen Anfang zu machen und dem Kind zu zeigen, dass es hier einen Platz für all das geben wird.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine offene Situation für die Abklärung auch aus folgenden Gründen eine wertvolle Ergänzung darstellt:

- Die TherapeutIn kann dem Kind offener begegnen, ohne Anforderungen in dem für viele Kinder schwierigen Bereich
- Sie kann mit dem Kind ungezwungener in Beziehung treten
- Sie hat mehr Zeit zum Sein und kann Atmosphärisches auf sich wirken lassen
- Das Kind kann hier besser seine Stärken zeigen, es braucht nichts zu machen, was es vielleicht nicht kann
- Das Kind und die Eltern bekommen noch einen anderen Eindruck von Psychomotoriktherapie
- Die Spielsituation bietet sehr gute Anknüpfungspunkte für das Elterngespräch

WICHTIG:

In diesem Abklärungsverfahren soll also die mögliche Entstehung eines Spiels einen eigenen Raum erhalten. Durch die Anwesenheit der Begleitperson und die Kürze der Erstsituation müssen viele Einschränkungen gemacht werden. Die Kontaktnahme übers Spiel soll als **Einstieg ins spätere „szenisch/symbolische Verstehen“** verstanden werden. Der **Inhalt des Spieles** selbst soll und kann **nicht mit irgendwelchen Maßstäben** erfasst werden, da die jeweiligen **bewussten, unbewussten und situativen** Bedeutungszusammenhänge **selten**, und schon gar nicht in dieser kurzen Zeit durchschaubar werden können. Es sei darum **ausdrücklich vor vorschnellen Deutungsversuchen gewarnt, insbesondere auch auf deren Festhalten im Abklärungsbericht**. Wohl aber können wir an **diesem Tag auftauchende Themen wahrnehmen** und aufnotieren und als Einstiegsmöglichkeiten in die Therapie verwenden.

Was uns für die Psychomotoriktherapie aber auch interessiert, ist die Art und Weise, **wie das Kind das Spiel gestalten kann, wie es dabei seinen Körper einsetzt, wie es plant, strukturiert und selbständiges Verhalten bildet**. Dazu können wir nach der Spielsituation aufnotieren, was zu den vorbereiteten Aspekten: **Beziehen/Begegnen, Wahrnehmen, Bewegen/Handeln, Fühlen, Denken** in Erinnerung geblieben ist. Damit verbindet sich die Hoffnung, die soziale, sensorische, motorische, emotional/affektive und die kognitive Verfassung des Kindes **umfassender wahrnehmen zu können**, als nur mit strukturierten Bewegungsaufgaben.

Ob und in welchem Umfang das Kind diesen Raum nutzen kann, ist vorerst offen und hängt vom Kind, vom Gelingen der ersten Kontaktnahme, vielleicht auch von der Geduld der TherapeutIn ab. Man darf nicht von der Vorstellung ausgehen, dass immer ganze szenische Rollenspiele entstehen. Es sind auch andere Formen des Spiels möglich und oft zeigen sich wichtige Themen in nur ganz kurzen Situationen (einer Frage, Haltung, einem kleinen Konflikt...). Diese Situationen können auch ausserhalb dieses Spielraums in Pausen, während Übungen, am Anfang oder am Schluss auftreten. (vgl. Beobachtung 1. Abklärungselement).

B) Praktische Aspekte rund um die offene Situation

Wir wollen also diesen Raum **bewusst** zur Verfügung stellen. Bewusst heisst, dass dieser Spielraum nicht einfach in entstehende Pausen verbannt wird, und dass das Kind wahrnimmt, dass es einen solchen Raum nutzen kann. Dazu soll eine Umgebung mit gewissem Aufforderungscharakter bereitgestellt werden, in der sich Themen des Kindes darstellen können. Die folgenden Vorschläge lehnen sich an Ausführungen von Aucouturier in Esser(1992), Seewald (1992) an und sind so zusammengestellt, dass Situationen aus allen 6 Phasen entstehen könnten. Da Kinder sehr erfinderisch sind, finden sie auch mit weniger Material oft unerwartete Lösungen für den Ausdruck ihrer Themen.

1. Umgebung mit 3 Gestaltungsschwerpunkten vorbereiten

Austoben/Klettern/Fallen/Bewegung

Freier Raum, Kletter-, Spring und Fallmöglichkeiten, dicke Matten, Schaumstoffklötze, Wägel, Stofftiere

Rückzug/Ruhen/Symbolspiel/Gestalten

Hängematte, Bogenschaukel oder Kuschelecke, Möglichkeiten zu Hüttenbau mit Schaumstoffwürfel, Wolldecken, Matten, Tüchern, Seile, Stofftiere

Distanzierung Kneten, Zeichnen, Bauen, feine Gestaltung,

entsprechende Materialien wie Klötze, Malzeug, Knetmaterial usw.

Die Ausgestaltung dieser Umgebung richtet sich nach den Möglichkeiten des Raumes und erhält mit der Zeit eine persönliche Prägung bei jeder TherapeutIn. Mit längerer Praxis ergeben sich bezüglich Materialien gewisse Erfahrungswerte.

Die Aufstellung soll so angeordnet sein, dass verschiedene Fähigkeiten und verschiedene seelische Räume damit angesprochen werden. Wichtig scheint mir auch, dass wirklich freier Bewegungsraum bleibt, andererseits auch gewisse Aufforderungsappelle angedeutet sind.

2. Kind von Anfang an informieren über den Verlauf

Die TherapeutIn sagt dem Kind, es könne nun frei im Raum spielen, es sei auch möglich etwas zu bauen, umzugestalten. Sie stehe zur Verfügung, würde mithelfen, mitspielen und mitgestalten, falls sie gebraucht werde. Die TherapeutIn bleibt also im Dialog, nimmt sich nicht völlig aus der Situation raus, drängt sich aber auch nicht auf. Es kann eine gemeinsam 'gestaltete Improvisation' entstehen. Die Situation dauert 15 - 30 Minuten. Findet das Kind längere Zeit keinen Spielzusammenhang, kann die TherapeutIn vorsichtig offene Anregungen hineingeben. Es besteht auch die Möglichkeit, mit den strukturierten Bewegungsaufgaben anzufangen und nachher in die freie Spielsituation überzuleiten. Gegen Ende dieser freien Phase kann sich die TherapeutIn zum Aufnotieren zurückziehen. Falls das Kind nicht alleine weiterspielt, kann sie eine konkrete Aufgabe zur Selbstbeschäftigung geben.

Konkret sollte die Information am Anfang der Abklärung sein und könnte etwa so aussehen:

Die TherapeutIn informiert das Kind und die Eltern über den Verlauf der Abklärung. Es gibt **drei Teile**:

4. „In einem Teil kannst Du **frei** mit den hier aufgestellten Möglichkeiten **spielen**“ -Die TherapeutIn zeigt die Bereiche: „Du kannst auch was umbauen, **neu gestalten**. Du bestimmst in dieser Zeit, was läuft. Du kannst **mich zu Hilfe holen oder mich wegschicken...**!“ „Dieser Teil dauert etwa 15-30 Minuten.“
5. „In einem anderen Teil werde ich mit Dir zusammen **verschiedene Übungen** machen.“
6. „Am Schluss **sprechen Deine Mutter/ Dein Vater und ich** noch etwa eine halbe Stunde. Da kannst Du dann wieder alleine spielen.“

Magst Du mit dem freien Teil oder mit den Übungen beginnen?

C) Verhalten der TherapeutIn in der offenen Situation

Die Abklärung ist eine emotional **verunsichernde Situation**. Neuer Raum, neue Personen, Misserfolgsgeschichte und mehr oder weniger grosses Störungsbewusstsein sind unter Umständen schwierige Faktoren für eine offene Begegnung. Darum ist die innere **Haltung der TherapeutIn** oft von entscheidender Bedeutung: **Möglichst frei von Vorstellungen** (alles darf entstehen), **flexibel, wohlwollend, geduldig und teilnehmend**. Sie soll dem Kind Sicherheit vermitteln. Je nach Situation muss sie entscheiden, ob die obige Entscheidung bereits eine Überforderung ist, und sie vielleicht die Spielsituation später einflechten soll. Das Zeigen des Raumes und der Spielmöglichkeiten kann den Entscheidungsdruck etwas verringern. Zudem gibt es der TherapeutIn die Möglichkeit **verbale und nonverbale Reaktionen** des Kindes auf unterschiedliche Angebote **wahrzunehmen** und vielleicht anzusprechen. So können vielleicht auch schwache Spielimpulse des Kindes unterstützt werden. Der Freiraum kann also dem Kind so angepasst werden, dass es ihn mit der Zeit nutzen kann, was nicht heisst, dass es auch einmal stille Momente geben darf.

Ist eine Entscheidung gefallen und hat das Kind seine Impulse umsetzen können, bleibt für die TherapeutIn obige innere Haltung wichtig. Der **Schwerpunkt in der Situation selbst soll bewusst auf dem Miterleben** sein. Die TherapeutIn kann den Dialog anbieten, sich zurückziehen oder vorsichtig offene Vorschläge machen, wie es die Situation nach ihrem Gefühl erfordert.

Viele Kinder fühlen sich verpflichtet, etwas zu machen, was dem Wunsch der Erwachsenen entspricht. Das können wir grundsätzlich in dieser Situation nicht verändern. Je weniger fixierte Vorstellungen wir aber in uns haben, was entstehen soll, desto mehr wird das Kind durch unsere innere Haltung wirklichen Freiraum erleben.

D) Wahrnehmungsprozesse bei der TherapeutIn

Beobachtungskriterien, Deutungsversuche, bewusstes „Sich merken“ verhindern in dieser Situation das **ERLEBEN** und sind der Beziehung zum Kind abträglich. Die TherapeutIn kann darauf vertrauen, dass das Wesentliche in ihr im Erleben festgeschrieben wird und sie nachher, auch nach der Abklärung, dazu noch genug aufnotieren kann. Bei dieser offenen, eher passiven Wahrnehmungsart werden Körper und Seele der TherapeutIn ganzheitlicher angesprochen. Sie nimmt mit ihrem ganzen Wesen Atmosphären, Szenen wahr und spürt diese in der Übertragung in ihr. Dabei achtet sie auch darauf, was für Gefühle und Bilder bei ihr die Situationen auslösen. Wie es ihr im Geschehen mit dem Kind zumute wird. (Enge, Weite, Anziehung, Abneigung, Aggressionen, Hilfsbedürftigkeit, usw.) Wir nannten das **körperlich/seelische Resonanz** und meinen damit Wahrnehmungen im eigenen Körper resp. der Gefühlswelt der TherapeutIn bei der Beobachtung bestimmter Situationen. Sie können sich **in Form von Verspannungen, Entspannungen, inneren Bildern oder Gefühlen, wie Freude, Traurigkeit äussern** und haben meist mit der eigenen Geschichte, aber auch mit dem eben Wahrgenommenem zu tun.

Es geht danach darum, durch Beobachtungen und Reflexionen herauszufinden, ob das erlebte (Körper-)Gefühl einem Gefühl des Kindes entsprechen könnte oder ob es reine Projektionen sind. Diese Wahrnehmungen können (richtig reflektiert) eine wichtige Basis fürs **VERSTEHEN** bilden. M. Stettler (1998) hat in ihrer Diplomarbeit „Spiel beobachten –verstehen – Die offene Spielsituation in der psychomotorischen Abklärung“ dazu vertiefende Ausführungen gemacht.(vgl. auch unter Wahrnehmungsprozesse S. 9,10)

E) Beobachungskriterien / Fragestellungen:

Freiraum Kann das Kind den **Freiraum wahrnehmen**, geniessen, gestalten... oder ist er beängstigend? Wirkt das Kind klar sicher, unsicher?

Vorlieben/Stärken Zu **welchen Bereichen** fühlt sich das Kind **hingezogen**? Welche meidet es? Was kann es besonders gut? Was tut es gerne?

Beziehen/Begegnen

(Soziale Aspekte)

ICH Wie bezieht es sich und seinen Körper ins Spiel ein? **Unbelebte Körperbereiche**? Kann es auch alleine was entwickeln?(Eigenaktivität?)
Stellt es Anforderungen an sich?

DU Wie ist die **Art der Annäherung**? (Ausweichen, gefallen wollen, provozieren, opponieren, angreifen, Beachtung suchen, ...)
Welche **Kommunikationsarten herrschen vor**? (verbal/nonverbal, Einwegkommunikation, Frage - Antwort, echter Dialog, Anmelden von Wünschen und **Bedürfnissen**, sich anpassen, ..)
Umgang mit Nähe und Distanz,

Wie bezieht es die TherapeutIn ins Spiel ein? (HelferIn, IdeenlieferantIn, GegenerIn, Verbündete, AngreiferIn,...)
Nach Ideen fragend? Nach Gestaltungs- Strukturhilfe fragend? Als Gegenüber im Spiel: Gegner, Verbündeter, Helfer, andere Rollen?
UMWELT Wie geht es mit dem Material um? Wie behandelt es das Material? Wie setzt es dieses ein? Welches Material bevorzugt es?

Szenisch/ Symbolische Inhalte

Entstehen Handlungen auf Symbolebene? Wettspiele? Will es sein Können zeigen, austoben, sich zurückziehen, zerstören, aufbauen?
Beharrt es auf Rollen? Ist es beweglich im Finden von Lösungsmöglichkeiten?
Welche Rollen nimmt es ein? Welche Bedürfnisse stecken dahinter? Werden **Leib- und Beziehungsthemen** sichtbar?
Entspricht das Gespielte der **Wirklichkeit**? Entspricht es vielleicht dem **affektiven Innenleben** des Kindes? (Ängste, Wünsche?)
Wie sieht das Kind die Welt? In welchen **inneren Schwierigkeiten** tritt es der Welt gegenüber?
Welche **Antriebe und Bedürfnisse** spielen in die Szenen mithinein?

Resonanz bei
TherapeutIn

Welche **körperlichen Zeichen** tauchen auf? (Leichtigkeit, Weite, Enge, Atemnot, Verspannungen,...)
Welche **Gefühle, Erinnerungen, Bilder, Impulse** tauchen auf?

Wahrnehmen

(Sensorische Aspekte)

Bewegen/Handeln

(Motorische Aspekte)

Achtsamkeit, Präsenz, Gesichtsausdruck, Einzelne Wahrnehmungsbereiche vestibulär/propriozeptiv, taktil, visuell, auditiv

Grob-,fein- und grafomotorische Koordination, Gleichgewicht, Körper- und Raumwahrnehmung, Aug-Handkoordination, Auffälligkeiten,
Aktivitäten: Klettern? Steigen? Fallen?

Raum: Nimmt es viel oder wenig Raum ein? Sind die Bewegungen kleinräumig/grosszügig? Nutzt es den Raum und seine Möglichkeiten?
Raumorientierung?

Zeit: Ist sein Grundtempo schnell/langsam? Vorwärtsdrängend, hängenbleibend? Versinkt es ab und zu in sich? Geht es ausser sich? Bewegt es sich rhythmisch/arhythmisch? Wie ist der Atem (stockend, schwer hörbar, keuchend, ..)?

Energie: Hat es viel, wenig Energie? Kann sie fließen, oder wirkt sie gestaut? Blockaden? Wo? Wird sie impulsiv, überschüssig eingesetzt oder kann sie subtil dosiert werden? Grundtonus? Energieverteilung im Körper? Energieaustausch: Tonischer Dialog?

Fühlen

(Affektive Aspekte)

Lust/Unlust? Wie macht es was? Welche Lust empfindet es dabei?

Kann es Wünsche äussern? Wirkt es angstfrei oder ängstlich, gehemmt, frei, sich überstürzend?

Denken

(Kognitive Aspekte)

Kreativität: Entwickelt das Kind Spielansätze, Ideen für die Gestaltung? Kann es diese strukturieren, in einen Zusammenhang bringen?
Kombinationsfähigkeit? Flexibilität? Entstehen sich wiederholende Muster? Experimentieren mit Rollen? Problemlösendes Verhalten?

Wahrnehmungen zur offenen Spielsituation E 2 Offene Spielsituation, leer		Kind:	Geb. Datum:	Abklärungsdatum:	
<u>Beziehen/Begegnen</u> (Soziale Aspekte) ICH DU UMWELT	<u>Bewegen/Handeln</u> (Motorische Aspekte) RAUM ZEIT ENERGIE				
<u>Spielgeschehen, Handlung, Inhalt</u>			auftauchende "Leib- und Beziehungsthemen" schweben gedreht werden fallen wiegen geschaukelt werden hindurch müssen steckenbleiben sich befreien hilflos sein umsorgt werden empfangen sich gehalten fühlen wählen können nehmen - greifen auftauchen - verschwinden aufbauen - zerstören hergeben - festhalten entkoppeln - ankoppeln sich klein, verlassen fühlen, sich gross fühlen rivalisieren, umwerben gemeinsame Sache ma- chen treffen, zielen, töten eindringen - umschliessen		
<u>Resonanz bei TherapeutIn</u> <u>Befindlichkeit im Spiel</u>	<u>Vermutete szenisch/symbolische Mitteilungen/Themen</u>				
<u>Wahrnehmen</u> <u>Sensorische Aspekte</u>	<u>Fühlen</u> <u>Affektive Aspekte</u>	<u>Denken</u> <u>Kognitive Aspekte</u>			

Wahrnehmungen zur offenen Spielsituation E 2 Offene Spielsituation , Übungsblatt, Kriterien		Kind:Geb. Datum:.....Abklärungsdatum:.....	
<u>Beziehen/Begegnen (Soziale Aspekte)</u> ICH Einbezug des eigenen Körpers ins Spiel, unbeachtete unbelebte Körperbereiche (Hinweise auf Körper-Selbstbild) Selbständigkeit, Eigenaktivität, Selbstsicherheit, Selbstanforderungen, Selbstwertgefühl DU <u>Art der Annäherung:</u> (Ausweichen, gefallen wollen, provozieren, opponieren, angreifen, Beachtung suchen, ...) <u>Umgang mit Nähe -Distanz</u> <u>Kommunikationsarten:</u> (verbal/nonverbal, Einwegkommunikation, Frage - Antwort, echter Dialog, Wünsche/Bedürfnisse äussern, sich anpassen) <u>Einbezug der TherapeutIn ins Spiel:</u> (HelferIn, IdeenlieferantIn, GegenerIn, Verbündete, AngreiferIn,...) UMWELT Umgang mit Material, Einsatz des Materials, Bevorzugung bestimmter Materialien, Beziehung zum Raum		<u>Bewegen/Handeln (Motorische Aspekte)</u> RAUM <u>Raumnutzung</u> viel wenig einnehmend, klein-grossräumig <u>Raumorientierung</u> Bewegung, Nutzung der vorbereiteten Bereiche <u>Raumbeziehung</u> klar, diffus, zielstrebig, Probleme mit Raumrichtungen Affinität zu Raumebenen (oben, unten,Ränder, zentral) ZEIT <u>Zeitliche Grundgestimmtheit:</u> (Langsamkeit,Schnelligkeit) <u>Atem:</u> (Art der Atmung, Verhältnis: Atem-Bewegung) <u>Umgang mit äusserer Zeit:</u> (Unruhe, Geduld,.....) ENERGIE <u>Grundtonus:</u> (hypoton, hyperton), Energieverteilung im Körper, Blockaden <u>Energieeinsatz,</u> dynamische Möglichkeiten und Grenzen <u>Energieaustausch:</u> Tonusanpassung, Qualität des tonischen Dialogs	
<u>Spielgeschehen, Handlung, Inhalt</u> Spielsequenzen, Spielansätze, Spielarten (Funktions-, Bewegungs- , Rollen-, Konstruktions-, Wett-, Regelspiel...) Umgang mit Rollen, Welche vorbereiteten Bereiche werden wie lange genutzt? Wirklichkeit, Phantasie, Wünsche, Ängste		<u>Vermutete szenisch/symbolische Mitteilungen/Themen</u> Rollen und ihre evt. Bedeutungen Bedürfnisse dahinter ? Schwierigkeiten? Selbstentwürfe auftauchende "Leib- und Beziehungsthemen" schweben gedreht werden fallen wiegen geschaukelt werden hindurch müssen steckenbleiben sich befreien hilflos sein umsorgt werden empfangen sich gehalten fühlen wählen können nehmen - greifen auftauchen - verschwinden aufbauen - zerstören hergeben - festhalten entkoppeln - ankoppeln sich klein, verlassen fühlen, sich gross fühlen rivalisieren, umwerben gemeinsame Sache machen treffen, zielen, töten eindringen - umschliessen	
<u>Resonanz bei TherapeutIn</u> <u>Befindlichkeit im Spiel</u> Auftauchende körperliche Zeichen (Leichtigkeit, Weite, Enge, Atemnot, Spannung) Auftauchende Gefühle, Bilder, Erinnerungen, Impulse...		<u>Denken</u> <u>Kognitive Aspekte</u> Planung, Gestaltung, Strukturierung Handlungskompetenz Problemlösung, Kombinationsfähigkeit Einsatz der Sprache Kreativität/ Phantasie/Ideen	
<u>Wahrnehmen</u> <u>Sensorische Aspekte</u> Präsenz/Wachheit Sehen Hören Tasten Gleichgewicht Eigenwahrnehmung		<u>Fühlen</u> <u>Affektive Aspekte</u> Stimmungen/Stimmungswechsel Lust / Unlust / Frustration Ängste Wünsche Freude/Schmerz Wut / Aggressionen liebevolle Zuwendung Emotionslosigkeit Neugierde, Regression, Vermeidungen, Wiederholungen, Zwänge, emot. Weite Enge	

F) Zusammenstellung von Leib- und Beziehungsthemen von J. Seewald

aus: Seewald Jürgen: Leib und Symbol, ein sinnverstehender Zugang zur kindlichen Entwicklung, München 1992:

Jürgen Seewald hat im obigen Buch Leib- und Beziehungsthemen (S. 467-471) formuliert und andererseits ein Appellinventar von Kliphuis (1977) S.520-522 neu in entsprechende Phasen eingeteilt. Ich zitiere diese beiden Aufstellungen und füge sie phasenweise zusammen. Dabei ist die Aufstellung nach Kliphuis jeweils schräg gedruckt.

Intrauterine Phase

Erlebnisspuren:

- Im Uterus bewegt, geschaukelt werden
- Schwerelosigkeit und Wärme in der Amnionflüssigkeit spüren
- Weite und Enge des Uterus spüren
- Fötale, eingerollte Körperhaltung einnehmen
- Dunkelheit u. erste Lichtreize gegen Ende der Schwangerschaft empfinden
- Töne und Rhythmen empfinden (z.B. Herzschlag)
- Ohne Bedürfnisspannung leben

Symbolisches Echo:

- Gewiegt- und Geschaukeltwerden
- Langsame, „amöbenhafte“ Bewegungen
- Schwerelosigkeit im Wasser
- Entspannung und Schlafen in fötaler Körperhaltung
- Enge, dunkle Räume: z.B. Höhlen, Baumhäuser
- Umhüllt-, Geborgensein in Tüchern, Decken etc.
- Situationen, in denen grossflächige Druckbelastungen auftreten
- Situationen, in denen man sich leicht fühlt und „schwebt“
- Situationen des sich Einsühlens („ozeanische Weiten“)
- Musik: z.B. Sphärenklänge und Rhythmen im Doppeltakt des Herzens mit ca. 72 Schlägen in der Minute

Geburt

Erlebnisspuren:

- Sauerstoffmangel, Not und Todesangst spüren
- Starken Druck durch Presswehen spüren
- Richtige Lage und den Ausgang durch den Geburtskanal finden
- Den Kontrast von der Dunkelheit zur Helligkeit empfinden
- Selbst atmen und abgenabelt werden
- Schwerkraft und Temperaturveränderungen spüren

Symbolisches Echo:

- Bedrückendes und Befreiendes enger und weiter Räume
- Tunnel und Röhren, die ins Freie münden
- Situationen des Steckenbleibens und Durchrutschens
- Situationen, die Erstickungsängste bzw. Dunkelängste hervorrufen
- Gefühl, „es geschafft zu haben“
- Material: z.B. Seile als Symbole der Verbindung (Nabelschnur)
- Bilder und Traumotive: z.B. an Land gehen bzw. ins Wasser springen
- Schöpfungsrhythmen

Phase I und II

1. *Endlosigkeit, Zeitlosigkeit, Unbegrenztheit (1)*
2. *Allmacht, Teilhabe an Allmacht (2)*
3. *Auf sich selbst bezogen-, in sich selbst beschlossen sein (3)*
4. *Hegendes und schützendes Umschliessen, Umgeben (4)*
5. *Sich panzern, sich abschliessen (5)*
6. *Sich durchkämpfen*

7. *Streicheln (6)*
8. *Hegen und Pflegen, Zärtlichkeit (7)*
9. *Passivität (9)*
10. *Rezeptivität, Empfänglichkeit (10)*
11. *Abhängigkeit, Hilflosigkeit*
12. *Erwähltsein*

Die Phase der ersten 3 Monate

Themen der Entwicklung:

- Aufnehmen und empfangen, vor allem durch den Mund
- „Gutes“ gespendet bekommen
- sich mit der Mutter eins fühlen
- hilflos sein und sich nicht wehren können
- umsorgt- und gehalten werden
- Hautkontakt und „tonischen Dialog“ aufnehmen
- Blickkontakt aufnehmen oder versagen
- Fremde noch nicht unterscheiden und anlächeln

Symbolisches Echo:

- Langsame kontinuierliche, gleitende Bewegungen
- Körperhaltungen, die passive und abhängige Gefühle vermitteln
- Situationen des sich Sicher- und „Gehalten“fühls
- Situationen des sich Verschmolzenfühls mit einem Partner oder einer Gruppe : z.B. Paartanz, Gruppenentspannung
- Spiele und Situationen, in denen man gewählt wird
- Situationen, in denen man gewiegt, geschaukelt, massiert, geschminkt oder allgemein beschenkt wird („Gutes“ gespendet bekommen)
- Musik: z.B. Wiegenlieder und harmonische Melodien (orale Rhythmen)
- Malmotive: z.B. Kritzelknäuel
- Märchenmotive: z.B. „Tischlein-Deck-Dich“, „Schlaraffenland“, „gute Fee“

Die Phase von ca. 3 – 12 Monaten

Themen der Entwicklung:

- Greifen und sich nehmen, vor allem mit den Händen
- Zubeissen, festhalten und abtrennen können
- Sich aufrichten (sitzen) und fortbewegen (krabbeln)
- Absichtsvoll sich selbst bewegen
- Wählen können
- Sich mit der Mutter in einer Zweieinheit verbunden fühlen
- Fremde erkennen und sich manchmal vor ihnen fürchten
- Sich Tröster (Übergangsobjekte) verschaffen
- Zu spielen beginnen

Symbolisches Echo:

- Einladende und abwehrende Handbewegungen
- Körperhaltungen des sich Aufrichtens und Überblickens (sich niederlegen kann eine „Niederlage“ bedeuten)
- Situationen der lustvollen Selbstbewegung
- Situationen des Wählens: z.B. Partner, Spielobjekte etc.
- Spiele um die Selbstbewegung: z.B. Hampelmann, bewegliches Material
- Spiele des Verschmelzens von Material: z.B. Bleigiessen, Wachs-schmelzen
- Spiele um des Verfremden, Verschwinden und wieder Auftauchen: z.B. „Guck-Guck“-Spiel, sich Verkleiden, mit Masken, Zaubern
- „Schenken“-Spiele, „Geben-Nehmen“-Spiele
- Malmotive: z.B. Tastkugeln, Tentakeln, „Sonnen“
- Märchen: z.B. „Hänsel und Gretel“

Phase III

13. *Bewegungsfreude, Bewegungslust*
14. *Greifen, fangen, rauben (11)*
15. *Abbeissen, aufessen*
16. *Zerreissen, vernichten, zerstören (12)*
17. *Deformieren, zerknittern (13)*
18. *Wiederherstellen, ganz machen (14)*
19. *Wählen*

Die Phase von 1 Jahr bis ca. 2½ Jahren

Themen der Entwicklung:

- Laufenkönnen und „auf eigenen Füßen stehen“
- Etwas Hervorbringen- und „Ausdrücken“können
- Hergeben und Festhalten
- Den Geschlechtsunterschied entdecken
- Mit Verboten konfrontiert werden
- Sich klein und verlassen fühlen
- Nähe und Distanz zur Mutter gleichzeitig suchen
- Den Vater als Helfer und Kameraden entdecken
- Sprechen lernen

Symbolisches Echo:

- Situationen des lustvollen Balancierens
- Bewegungssymbole: z.B. Ball, Tiere, Maschinen etc.
- Situationen des kreativen Produzierens
- Spiele mit Matsch, Teig, Schaumcreme, Schminke etc.
- Sandkastenspiele: z.B. Auffüllen und Umfüllen von Behältern, „Kuchen“backen, Schaufeln, etc.
- Sammeln von Steinen, Kastanien, allg. „Schätzen“
- Spiele zum Thema Durchlaufenlassen: z.B. Rohrpost, Kullerbahn etc.
- Spritz- und Druckspiele: z.B. Feuerwehrmann, Staudammbau, Dampfmaschine etc.
- Spiele mit Ankoppeln, und Entkoppeln: z.B. Eisenbahn etc.
- „Telefon“-Spiele
- Fangspiele, Versteckspiele
- Malmotive: z.B. „gelandete“ Figuren, Knopfreihe (Axiallinie), Nabel (Kreismotive), Bögen, Koppelungen, Verflechtungen
- Märchen: z.B. „Die Wassernixe“

Phase IV

- 20. *Schmieren, sudeln (15)*
- 21. *Reinigen, ordnen, einteilen (16)*
- 22. *Gestalten, formen, ausdrücken*
- 23. *Sich anpassen (17)*
- 24. *Sich empören, rebellieren (18)*
- 25. *Widerstand überwinden, herrschen (19)*
- 26. *Bewegungen meistern, Gleichgewicht finden*
- 27. *Ausstossen, werfen (20)*
- 28. *Bewerfen, zur Zielscheibe machen (21)*
- 29. *Durchlaufen lassen*
- 30. *Stauen und ablaufen lassen*
- 31. *Besitzen, festhalten, bergen (22)*
- 32. *Wiederholen, perseverieren (31)*
- 33. *Sich lösen, fortgehen (29)*
- 34. *Verbindungen herstellen*
- 35. *Sich einsam und verlassen fühlen (8 Einsamkeit)*

Die Phase von 2½ bis ca. 5 Jahren

Themen der Entwicklung:

- Rennen- und Springenkönnen
- Sich „Grossfühlen“
- Eindringen und Umschliessen
- Vater bzw. Mutter umwerben, eifersüchtig sein und rivalisieren
- Todeswünsche und Schuldgefühle gegenüber einem Elternteil
- Seinen Platz in der Familie finden
- Mit anderen gemeinsame Sache machen
- Sich an Regeln halten

Symbolisches Echo:

- Spiele um das „Gross- und Unabhängigseinwollen“: z.B. Tarzan, „lonesome Cowboy“, Robinson etc.
- Spiele um Gewalt- und „Tötungs“phantasien: z.B. Marterpfahl, Ritterspiele, „Tötungs“spiele
- Rollenspiele um die Familienbeziehungen: z.B. „Vater-Mutter-Kind“-Spiele, Spiele mit Puppenhäusern
- „Doktorspiele“
- Situationen des Zielens und Treffens: z.B. Schiessen, Kegeln, Abwerfen etc.
- Objekt- und Raumstrukturen: Türme, Messer, Pistolen versus Tore, Höfe, Schüsseln, Krüge etc.
- Malmotive: z.B. handelnde Personen (es kracht, schiesst, pufft), Abenteuerszene
- Märchenmotive: z.B. Drachentöter, Erlöser der Prinzessin, „Schneewittchen“
- Regelspiele: z.B. Völkerball, Grosse Sportspiele

Phase V

- 36. *Durchhauen, eindringen (23)*
- 37. *Umschliessen, umfassen*
- 38. *Sich zur Schau stellen (24)*
- 39. *Stolz, Prahlerei, Schöntun (25)*
- 40. *Sich verwandeln, verkleiden*
- 41. *Rivalisieren, eifersüchtig sein (26)*
- 42. *„Töten“, gewalttätig sein*
- 43. *Entkräften, Initiative rauben (27)*
- 44. *Initiative ergreifen, sich auf den Weg machen, explorieren (28)*
- 45. *Produzieren, sich fortpflanzen, gebären, zeugen (30)*
- 46. *Schenken, verschenken (32)*
- 47. *Sich an Regeln halten, mit anderen gemeinsame Sache machen*

3. Abklärungselement: Bewegungsbeobachtungen in strukturierten Aufgaben

A) Übersicht über die Beobachtungsbereiche

Die Aufgabenstellungen erstrecken sich auf die Bereiche Grob-, Fein- und Grafomotorik und schliessen Wahrnehmungs- und Integrationsprozesse mit ein. Wegen der **interaktiven Beziehung** einzelner Wahrnehmungsbereiche, sowie **von Wahrnehmung und Bewegung** überhaupt, können Wahrnehmungs- und Integrationsprozesse **nur bruchstückhaft mit einzelnen Übungen** beobachtet werden. Sie müssen in die Beobachtungskriterien aller Übungen einfließen. Die in Wirklichkeit nicht aufzutrennenden Bereiche seien hier zur Strukturierungshilfe wie folgt umschrieben:

<u>Grobmotorik</u> <u>Koordination, Körperhaltung, Gleichgewicht</u> (vgl. auch Wahrnehmung), <u>Bodenbezug</u> Grobmotorische Gesamtkoordination Koordination der Beine und Arme <u>Raum</u>: Körperorientierung, Achse, Raumnutzung, Raumorientierung <u>Zeit</u>: Grundtempo, rhythmische Aspekte <u>Energie</u>: Tonus, Spannungsverhältnisse, Krafteinsatz →Liegen, Krabbeln, →Stehen, Gehen, Hopser →Einbeinstand, Einbeinsprung, →Sprung auf -zu	<u>Feinmotorik</u> <u>Feinmotorische Gesamtkoordination</u> Aspekte aller Wahrnehmungs- und Integrationsprozesse, speziell taktile und visuelle Wahrnehmung, Lateralität, <u>Raum, Zeit, Energie</u> <u>speziell: Aug-Hand Koordination,</u> Hand-Handkoordination <u>Handdominanz, Zusammenspiel re- li</u> (vgl. auch Wahrnehmung) →Umziehen →Ball prellen, Ballwerfen, fangen →Diadochokinese →Greifen, Tasten, Daumen-Fingerversuch →Holzklötze bauen Schneiden, Kleber abreißen, Falten	<u>Grafomotorik/Grafischer Ausdruck</u> <u>Körperhaltung, Stifthaltung</u> <u>Aug-Hand Koordination</u> <u>Raum</u>: Raumnutzung, grafischer Raum <u>Zeit</u>: Grundtempo, rhythmische Aspekte <u>Energie</u>: Spannungsverteilung, Krafteinsatz, Druck <u>speziell: Handdominanz</u> <u>Formwiedergabe</u> (vgl. auch Wahrnehmung) →Grafoblatt mit Bogen, Strasse →Formerfassung, Formwiedergabeübung, Schrift →Menschzeichnung und freie Ergänzungen
---	--	---

<u>Wahrnehmungs- und Integrationsprozesse</u> → in allen Übungen, unter den einzelnen Bereichen sind jene Übungen aufgeführt, in denen der Bereich ein Schwerpunktkriterium darstellt (im Bogen fett gedruckt) <u>Formerfassung / Formwiedergabe</u> →Formerfassung, Formwiedergabeübung, Schrift → Körperstellungen nachahmen → Bauen ab Vorlage <u>Körperbild des Kindes – Selbstbild</u> → Menschzeichnung <table> <tr> <td data-bbox="607 1114 907 1203"> <u>Körperorientierung</u> →Umziehen →Körperstellungen nachahmen </td><td data-bbox="943 1114 1391 1203"> <u>Lateralität</u> Handdominanz/Zusammenspiel re-lie → Fein- Grafomotorik </td><td data-bbox="1442 1114 1704 1203"> <u>Raumorientierung</u> →Raumwege →Bauen ab Vorlage </td></tr> </table> <u>Sinne und deren Integration, Sensomotorik</u> Sehen (Visuelle Konzentration) → Ball prellen → Grafomotorik → Formerfassungsübung Hören (Auditive Konzentration) → Zuhören allgemein Taktil-kinästhetische Fähigkeiten → Tasten → Bauen → Körperstellungen blind → Schneiden Vestibuläres System (Gleichgewichtssinn) → Einbeinstand, Einbeinsprung Propriozeptives System (Eigenwahrnehmung) → Körperstellungen → Einbeinstand			<u>Körperorientierung</u> →Umziehen →Körperstellungen nachahmen	<u>Lateralität</u> Handdominanz/Zusammenspiel re-lie → Fein- Grafomotorik	<u>Raumorientierung</u> →Raumwege →Bauen ab Vorlage
<u>Körperorientierung</u> →Umziehen →Körperstellungen nachahmen	<u>Lateralität</u> Handdominanz/Zusammenspiel re-lie → Fein- Grafomotorik	<u>Raumorientierung</u> →Raumwege →Bauen ab Vorlage			

B) Hinweise zur Durchführung und Organisation der Bewegungsaufgaben

In diesem dritten Abklärungselement soll der Umgang mit fremdgestellten Bewegungsaufgaben beobachtet werden. Im schulischen Umfeld wird das Kind oft mit Aufgabenstellungen konfrontiert, welche von aussen an es herangetragen werden. Seine schulische Laufbahn und somit auch sein Wohlbefinden im Umgang damit hängt nicht unwesentlich auch davon ab, wie es mit solchen Anforderungen von aussen umgeht. Was für ein **Aufgabenverständnis** hat es? Wie geht es um mit **Druck, Struktur, Versagen, Hilfeforderungen**? Wie ist sein **Konzentrationsvermögen, die Ausdauer, Aufmerksamkeit, Sorgfalt, Genauigkeit**, das **Durchhaltevermögen und die Belastbarkeit**? Solche Informationen sind für das Verständnis und die Begleitung des Kindes wichtig; dieser Teil der Abklärung kann, neben den Informationen über die Bewegungsqualität darüber Aufschluss geben. Im Beobachtungsbogen ist somit die rechte Spalte grösser geworden: Unter **Fühlen, Denken, Beziehen** sowie **Hinweise zum Selbstkonzept** können all diese wichtigen Begleitbeobachtungen notiert werden. Sie sind auf dem Bogen oben rechts vermerkt.

Die folgende Aufgabensammlung (gedacht für das Alter von ca. 5 –9 Jahren) ist von 1- 20 nummeriert, zu Gruppen zusammengefasst und in einer bestimmten Reihenfolge angeordnet. Diese **Reihenfolge kann je nach Situation verändert** werden. Es ist ohnehin **nicht die Idee, alle Aufgaben** mit dem Kind durchzuführen. Je nach Vorinformationen und Entwicklungsstand des Kindes und vielleicht in der Spielsituation bereits Beobachtetem müssen sie **im Moment der Situation angepasst** werden. Dabei sollten die mit einer Uhr (⌚) gekennzeichneten Aufgaben eher als letzte weggelassen werden, da sie im allgemeinen wichtige Daten liefern. **Vorrang vor der Informationssuche** hat aber immer **das Wohl des Kindes** und die Begegnung mit ihm. Es darf auf keinen Fall mit zuviel Aufgaben übergangen werden.

Die Reihenfolge der Aufgaben im Beobachtungsbogen ist als Vorschlag auch für die Studiensituation gedacht. Sie kann einen sinnvollen Ablauf ergeben, denn die Aufgaben sind so gruppiert, dass sie sich organisatorisch leicht verbinden lassen: **Stehen, laufen, gehen – springen, hüpfen – Bodennahe Stellungen und Bewegungen – Feinmotorik im Raum - Feinmotorik am Tisch – Grafomotorik am Tisch**. Im Beobachtungsbogen gibt es auch noch ganz kurze Vorschläge, wie die Übungen, falls Zeit vorhanden, spielerisch eingeführt werden können.

In der Praxis kann es auch gut vorkommen, dass eine Zwischenpause bewusst zur eigentlichen offenen Spielsituation ausgebaut wird. Dies soll dann aber mit dem Kind besprochen werden, damit es für das Kind auch klar ist, dass es später noch weitere Aufgaben gibt.

Wählt das Kind in der offenen Situation vorwiegend motorische Themen können oft viele Bereiche bereits dort beobachtet und die strukturierten Aufgaben entsprechend gekürzt werden.

C) Spezielle Hinweise zu Beobachtungen bei IV 390 und IV 404 vgl. auch S. 97ff (ASTP –IV-Kommission 1999) bis 2007

Ziffer 390, angeborene cerebrale Lähmung

(Athetosen, Dyskinesien = Sammelbegriff für motorische Fehlfunktionen, Ataxien):

“Zweifelsfrei diagnostizierbare spastische, athetotische oder ataktische Symptome (der Passus, *“die nicht zwingend schwerer Natur sein muss, wurde 1998 gestrichen*), dafür wurde ergänzt: *“Ein erhöhter Muskeltonus, asymmetrische Reflexe, ein etwas unharmonisch ausgeführter Hampelmann oder eine Dysdiadochokinese sind nicht beweisend für das Vorliegen eines Gg 390. Auch ein psychomotorischer Entwicklungsrückstand ist noch nicht identisch mit einer cerebralen Lähmung.”*

Beobachtungen in der Abklärung (vgl. vertiefte Informationen Beiheft)

→ Spastizität (Spasmus =unwillkürliche Verkrampfungen)

Verspannte, ausführende Mitbewegungen (Synkinesien), oft einseitig asymmetrisch, Mühe mit Ganzkörperstreckung, Tendenz zu Hohlkreuz, Rundrücken, überstrecktes Muster bei Sprüngen, enthemmte tonische Reflexaktivität, assoziierte tonische Reaktionen

gut sichtbar bei: 1 Gehen, 4 Einbeinstand, 7 Einbeinsprung, 9 Sprung auf-zu, 10 Krabbeln, 13 Finger-Daumen-Versuch, 14 Diadochokinese

→ Athetotische Störbewegungen (Athetose= Hyperkinese=unkontrollierbare Extrabewegungen, Tonusstörung):

unwillkürliche, verpannte, zähflüssige sich windende Mitbewegungen insbesondere von Hand Finger, Mimik, in Ruhe hypoton, in Bewegung hyperton, oft schlechte Kopfkontrolle und Haltungsprobleme, Verlangsamung des Bewegungsbeginns

gut sichtbar bei: 3 Stehen, 7 Einbeinsprung, 9 Sprung auf-zu, 13 Finger-Daumen-Versuch, 14 Diadochokinese

→ Ataktische Bewegungsentgleisungen (Ataxie= schwere Gleichgewichts- und Koordinationsstörung, Tonusschwäche)

Gangataxie → Ganzkörperschwankungen, was als Mitbewegung erscheint, ist hier eher Auffangbewegung, Gleichgewichtsstörung

gut sichtbar bei: 1 Gehen (blind → völliger Zusammenbruch der Koordination)
4 Einbeinstand, 7 Einbeinsprung, 9 Sprung auf-zu

Zielataxie → manuelle Zielbewegungen werden nach rechts und links verrissen, in Verbindung mit Fehldosierung,

gut sichtbar bei: 12 Ball prellen, 15 Bauen mit Klötzchen, 16 Ablösen, schneiden, Falten, 18 Bogen zeichnen

Ziffer 404, Infantiles psychoorganisches Syndrom (POS)

Angeborene Hirnstörung mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz.

Voraussetzungen: (Ergänzt mit Beispielen aus neuropädiatrischem Bericht)

1. Störung des Verhaltens im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit

z. B. impulsiv, kleinkindlich, provokatives Verhalten, Neigung zum Streiten, verwickelt sich in soziale Konflikte, reduziertes Selbstvertrauen, reduzierte soziale Kompetenz, verstimmbar, motorische Unruhe, auffälliges Sozialverhalten (stört Familienleben und Klassenverband), Lernprobleme, Lernverweigerung, verträgt Kritik schlecht,

2. Störung der Antriebes

z.B. keine Initiative für Lern- und Leistungsaufgaben, geringes Durchhaltevermögen, rasche Ermüdung, Lustlosigkeit, Unsicherheit, Steuerungsmangel, herabgesetztes Frustrationsvermögen,

3. Störung des Erfassens und Erkennens (perzeptive, kognitive oder Wahrnehmungsstörungen)

z.B. reduzierte visuelle und auditive Wahrnehmung, Störung des Ordnungssinnes, Körperschemastörung, Störung der Sensomotorik, Gestalterfassungs- und Wiedergabeschwäche, reduzierte taktile u. propriozeptive Wahrnehmung

4. Störung der Konzentrationsfähigkeit

z. B. erheblich eingeschränkte Konzentration, große Leistungsin Konstanz, impulsives Verhalten, braucht ein Übermass an Beistand bei Arbeiten, muss geführt werden, leicht ablenkbar

5. Störung der Merkfähigkeit

z.B. die Gedächtnisfunktionen, sowohl visuell, als auch auditiv sind reduziert

Am Schluss ist in den erwähnten Berichten immer ein Hinweis zur Intelligenz: **Die Intelligenz ist gut, trotzdem bestehen erhebliche Probleme im Lernen und Leisten aufgrund der oben aufgeführten Schwierigkeiten*

Beobachtungen in der Abklärung

1. Allgemeinen Beobachtungen → auf allen Erfahrungsebenen

2. Spielsituation → vorwiegend Antrieb, Initiative, Verhalten, Beziehung

3. Strukturierte Aufgaben → vorwiegend Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz, Umgang mit Leistungsanforderungen, Wahrnehmungsbereiche laut Beobachtungsbogen inkl. Grafomotorik mit Formerfassung, -wiedergabe, Merkfähigkeit,...

4. Umfeldgespräche → Die obigen Punkte werden im Gespräch angesprochen (Bogen), insbesondere das Verhalten im Familien- und Klassenverband

D) Beobachtungsbogen: Strukturierte Bewegungsbeobachtung

E 3.2: Beobachtungsbogen leer

Bewegungsaufgaben	Wahrnehmen (sensorisch) <i>Präsenz, Körperorientierung, Lateralität, Raumorientierung Integration der Sinne: vestibulär, propriozeptiv, taktil, auditiv, visuell</i>	Bewegen (motorisch) <i>Koordination in Raum, Zeit, Energie Körperhaltung, Gleichgewicht, Bodenbezug,</i>	Fühlen affektiv: <i>Gefühle, Stimmungen, Konzentration, Sorgfalt, Ausdauer, Belastbarkeit,</i>	Denken kognitiv: <i>Aufgabenverständnis, Orientierung, Planung, Umgang mit Anforderungen, Strukturen,</i>	Beziehen sozial: <i>Dialogfähigkeit mit sich, dem Du und dem Material</i>
<u>Hinweise zum Selbstkonzept</u>					

Grobmotorik

Stehen, Gehen, Laufen: Im Raum liegen 4-7 Reifen verteilt. Kind und TherapeutIn gehen und laufen frei im Raum. Beide kommen in einen spielerischen Dialog von Vor- und Nachmachen. Ab und zu soll das Kind einen Reif besuchen, darin stehen bleiben, zuerst auf beiden, dann auf einem Bein. Bei der Orientierungsaufgabe besucht es selbständig je nach Alter 4-7 Reifen je einmal, geht einen vorgegangenen Weg nach, und versucht Raumbegriffe (vorne, hinten, rechts, links) umzusetzen.

<u>1 Gehen</u>		<i>Grundstimmung, Ausdruck</i>
<u>2 Laufen</u>		
<u>3 Stehen</u>		<i>Umgang mit Ruhe, Zentrieren</i>
<u>4 Einbeinstand</u> ⌚		<i>Gesichtsdruck, emotionaler Umgang mit Gleichgewichtsverlust (Fallangst)</i>
<u>5 Raumwege finden</u>		<i>Umgang mit Unsicherheit</i>
<u>Raumwege nachahmen</u> ⌚		
<u>Springen und hüpfen</u> TherapeutIn und Kind zeigen sich verschiedene Sprung- und Hüpfarten. Bei Müdigkeit „Drehbewegung der Hand“ und „Daumen-Finger -Aufgabe“ dazwischenlegen.		
<u>6 Hopser</u>		
<u>7 Einbeinsprung</u> ⌚		
<u>8 Sprung auf-zu</u> ⌚		

Bodennahe Stellungen und Bewegungen:

Kind und TherapeutIn setzen sich gemeinsam auf die Matten und zeigen sich verschiedene Sitzarten (Nachahmung). Im Fersensitz werden Körperstellungen zur Nachahmung vorgezeigt, „Rollen“ wird dann klar angewiesen (evtl. ergeben sich weitere Bodenbewegungen wie Bauchkriechen, Vierfüssler, ...). Im Liegen folgen die Körperstellungen blind.

9 Krabbeln

(Krabbeln auf Knien u. Händen)

10 Körperstellungen**A) Stellungen nachahmen****B) Körperstellen blind spüren****C) Stellungen ergänzen****D) Stellungen wiederfinden****Feinmotorik**

Arm- Handbewegungen: Falls in der freien Situation noch kein Ballspiel stattgefunden hat, soll das Kind zuerst mit dem Ball frei experimentieren können. Mit der Zeit können dann diese strukturierten Übungen einfließen, falls das Kind seine Fähigkeiten darin nicht schon gezeigt hat. Bei Knaben ist oft der Einstieg über Fussball motivierend.

11 Ball fangen- werfen**12 Ballprellen→ einhändig****13 Daumen Finger -Versuch****14 Drehbewegung der Hand**

Bewegungsaufgaben Aufgaben je nach Kind auswählen Bei Zeitmangel, Aufgaben ohne ⌚ weglassen	Wahrnehmen (sensorisch) <i>Präsenz, Körperorientierung, Lateralität, Raumorientierung Integration der Sinne: vestibulär, propriozeptiv, taktil, auditiv, visuell</i>	Bewegen (motorisch) <i>Koordination in Raum, Zeit, Energie Körperhaltung, Gleichgewicht, Bodenbezug,</i>	Fühlen affektiv <i>Gefühle, Stimmungen, Konzentration, Sorgfalt, Ausdauer, Belastbarkeit,</i>	Denken kognitiv <i>Aufgabenverständnis, Orientierung, Planung, Umgang mit Anforderungen, Strukturen,</i>	Beziehen sozial <i>Dialogfähigkeit mit sich, dem Du und dem Material</i>
			<u>Hinweise zum Selbstkonzept</u>		

Feinmotorik/ Arbeit am Tisch

Hand- und Fingerbewegungen: Die Feinmotorik soll auch anhand von Alltagstätigkeiten beobachtet werden. Spielvarianten mit den Klötzchen oder mit Ablösen, Falten, Schneiden sollen aufgenommen werden. Auch kleine Gespräche über den Umgang mit solchen Arbeiten zu Hause oder in der Schule können aufschlussreich sein.

15 Bauen A) Turmbau ⌚ (Holzklötzchen)					
B) Bauen ab Vorlage					
16 Figur ablösen, Schneiden, Falten:					
17 Kleber abreißen					
Grafomotorik (vgl. Grafoblatt)					
18 Bogen zeichnen ⌚					
19 Formerfassung A) Form wiedererkennen					
B) Formen nachzeichnen					
C) Formen nachzeichnen					
D) Ertastete Formen					
20 Menschzeichnung ⌚					

Strukturierte Bewegungsbeobachtung

E 3.2: Übungsbogen zu Abklärungselement 3 (mit Kriterien und Übungsanweisungen)

Bewegungsaufgaben	Wahrnehmen (sensorisch) <i>Präsenz, Körperorientierung, Lateralität, Raumorientierung Integration der Sinne: vestibulär, propriozeptiv, taktil, auditiv, visuell</i>	Bewegen (motorisch) <i>Koordination in Raum, Zeit, Energie Körperhaltung, Gleichgewicht, Bodenbezug,</i>	Fühlen affektiv: <i>Gefühle, Stimmungen, Konzentration, Sorgfalt, Ausdauer, Belastbarkeit,</i>	Denken kognitiv: <i>Aufgabenverständnis, Orientierung, Planung, Umgang mit Anforderungen, Strukturen,</i>	Beziehen sozial: <i>Dialogfähigkeit mit sich, dem Du und dem Material</i>
Aufgaben je nach Kind auswählen Bei Zeitmangel, Aufgaben ohne ⌚ weglassen					
			<u>Hinweise zum Selbstkonzept</u>		

Grobmotorik

Stehen, Gehen, Laufen: Im Raum liegen 4-7 Reifen verteilt. Kind und TherapeutIn gehen und laufen frei im Raum. Beide kommen in einen spielerischen Dialog von Vor- und Nachmachen. Ab und zu soll das Kind einen Reif besuchen, darin stehen bleiben, zuerst auf beiden, dann auf einem Bein. Bei der Orientierungsaufgabe besucht es selbständig je nach Alter 4-7 Reifen je einmal, geht einen vorgegangenen Weg nach, und versucht Raumbegriffe (vorne, hinten, rechts, links) umzusetzen.

1 Gehen frei im Raum um Reifen, Eigentempo, langsam, schnell	<i>Achse, Symmetrie, Bewegungsimpuls, Energieverteilung: Becken-Beine-Füsse, Wirbelsäule-Schulter-Arme, Kopf-Nacken-Blick</i>	<i>Grundstimmung, Ausdruck</i>
2 Laufen (vgl. Gehen)	<i>Dynamik,</i>	
3 Stehen Gewicht auf beiden Füßen, Bild: Baum, Füsse, Wurzeln, Augen auch mal geschlossen	<i>Körperhaltung, Achse, Symmetrie, Energieverteilung: Becken-Beine-Füsse, Wirbelsäule-Schulter-Arme, Kopf-Nacken-Blick</i>	<i>Umgang mit Ruhe, Zentrieren</i>
4 Einbeinstand ⌚ Ausgangsstellung: Stand auf beiden Füßen, ein Bein langsam anheben → „Wir zählen zusammen leise!“	<i>Statisches Gleichgewicht: spontane Fusswahl Li Dauer, Ausgleichsreaktionen des ganzen Körpers: Achse, Arme, Stellung passives Bein Re Dauer, Ausgleichsreaktionen des ganzen Körper: Achse, Arme, Stellung passives Bein räumliche Orientierung, Überblick über Struktur und Raumwege, 4 5 6 7 Reifen</i>	<i>Gesichtsausdruck, emotionaler Umgang mit Gleichgewichtsverlust (Fallangst)</i>
5 Raumwege finden „Besuche alle Reifen einmal und komm zu mir zurück!“ Raumwege nachahmen ⌚ „Ich gehe Dir einen Weg durch die Reifen vor, Du merkst ihn Dir und gehst ihn dann nach!“	<i>Nachahmung von Raumwegen, Gedächtnis, 4 5 6 7 Reifen, einfache, überkreuzte Wege</i>	<i>Umgang mit Unsicherheit</i>

Springen und hüpfen

TherapeutIn und Kind zeigen sich verschiedene Sprung- und Hüpfarten. Bei Müdigkeit „Drehbewegung der Hand“ und „Daumen-Finger -Aufgabe“ dazwischenlegen.

6 Hopser Erfragen, evtl. vormachen, grosse Kreise in beide Richtungen	<i>Gesamtkörperkoordination, Automatisation, Rhythmus, Bewegungsfluss, Raumgefühl</i>	<i>Gefühlsausdruck und Dynamik</i>
7 Einbeinsprung ⌚ frei hüpfen auf jedem Bein, evtl. durch Seilstrasse	<i>Dynamisches Gleichgewicht: Fusswahl, Re Federung, Ausgleichsreaktionen (Kopf-Rumpf-Arme, Bein), Ausdauer, Li Federung, Ausgleichsreaktionen (Kopf-Rumpf-Arme, Bein), Ausdauer,</i>	
8 Sprung auf-zu ⌚ Vorzeigen : an Ort und durch Seilstrasse, gerade stehen, Gewicht → beide Füsse, Arme seitwärts, leicht nach vorn ausgestreckt, lockerer Anfangstonus	<i>Übernahme des Bewegungsmusters, Koordination der Beine, Spannungsverteilung, Mitbewegungen (Arme-Oberkörper), Gewichtsverteilung re- li, Körperachse und Asymmetrien</i>	<i>Umgang mit Leistungsanforderung,</i>

Bodennahe Stellungen und Bewegungen: Kind und TherapeutIn setzen sich gemeinsam auf die Matten und zeigen sich verschiedene Sitzarten (Nachahmung). Im Fersensitz werden Körperstellungen zur Nachahmung vorgezeigt, „Rollen“ wird dann klar angewiesen (evtl. ergeben sich weitere Bodenbewegungen wie Bauchkriechen, Vierfüssler, ...). Im Liegen folgen die Körperstellungen blind.		
9 Krabbeln (Krabbeln auf Knien u. Händen) - Über Mattenbahn krabbeln - Tempo, frei, langsam, schnell - Vierfüsslerstand, herumschauen *für neurologische Hinweise passives Bewegen des Kopfes	Bewegungsmuster (kontra-/ homolateral, Passgang), Rückenhaltung - Verbindung Becken-Schultergürtel, Blick – Kopffreiheit, Handstellung, Stellung Unterschenkel - Füsse, Integration STNR/ATNR*	Gefühl zum Boden, Bodenkontakt
10 Körperstellungen E) Stellungen nachahmen ⌚ Sitzend im Fersensitz T. zeigt Armstellungen zur Nachahmung vor - beidseitig gleich - unüberkreuzt, - beidseitig ungleich - unüberkreuzt, - beidseitig gleich - überkreuzt, - beidseitig ungleich - überkreuzt,	Gestalterfassung(visuell) -wiedergabe, Körperorientierung , visuelle. Konzentration, Überkreuzen der Mitte	Konzentration
F) Körperstellen blind spüren Liegend (Bild von Fliege, die landet) Berührte Stellen zeigen, evtl. benennen	Grundtonus im Liegen, Bodenkontakt , Lokalisation taktiler Reize, Reaktion auf Berührung	Umgang mit blind sein und berührt werden Gefühl zum Boden, Bodenkontakt
G) Stellungen ergänzen Liegend Eine Seite wird geformt, Kind muss andere Seite blind in gleich Stellung bringen Erschwerungen wie bei A	Gefühl für Seiten , Übertragung der Figur über Mittellinie, (propriozeptive Wahrnehmung)	Aufgabenverständnis
H) Stellungen wiederfinden Liegend Ganzkörperstellung blind wiederfinden. Erschwerungen wie bei A	Überkreuzen der Mittellinie, Genauigkeit des Wiederfindens (propriozeptive Wahrnehmung)	
Feinmotorik Arm-Handbewegungen: Falls in der freien Situation kein Ballspiel stattgefunden hat, soll das Kind zuerst mit dem Ball frei experimentieren können. Mit der Zeit können diese strukturierten Übungen einfließen, falls das Kind seine Fähigkeiten darin nicht schon gezeigt hat. Bei Knaben ist oft der Einstieg über Fussball motivierend.		
11 Ball fangen- werfen nahe zum Kind stehen, sachte werfen, Distanz vergrössern	Visus, Hand-Hand/Aug-Handkoordination , taktile Anpassung (Hand, Finger), räumliche Anpassung, Wurfhand	nehmen - geben
12 Ballprellen→ einhändig ⌚ dominante, nicht dominante Hand, bei Misserfolgen helfen → anfangs halten, evtl. kleiner Physioball	Taktil-tonische, energetische-räumliche-zeitliche Anpassung , Aug-Hand Koordination , Visus Re Anzahl Preller Li Anzahl Preller Handwahl→ Dominanz	
13 Daumen Finger -Versuch T. demonstriert: Daumen berührt die Fingergippen aller Finger, eindeutig opponieren. Jede Sequenz beginnt mit Zeigefinger, anderer Arm anfangs frei unten	Lernprozess beim Üben, Geschmeidigkeit-Schnelligkeit, Fingermotorik (Daumenopposition), Tonus aktive Hand, Mitbewegungen, Reaktionen in der passiven Hand , (vgl. dominante mit anderer Hand)	
14 Drehbewegung der Hand Aktiver Arm nach vorne angewinkelt, passiver locker hängen lassen, langsam vorzeigen, auf Gegenarm achten, Falls bekannt mit dominanter Hand beginnen!	Qualität Drehbewegung, Tempo, Re Qualität Drehbewegung, Tempo, Li	Synkinesien und Paratonien der passiven Hand passive linke Hand Synkinesien und Paratonien der passiven Hand passive rechte Hand

Bewegungsaufgaben Aufgaben je nach Kind auswählen Bei Zeitmangel, Aufgaben ohne ⌚ weglassen	Wahrnehmen (sensorisch) Präsenz, Körperorientierung, Lateralität, Raumorientierung Integration der Sinne: vestibulär, propriozeptiv, taktil, auditiv, visuell	Bewegen (motorisch) Koordination in Raum, Zeit, Energie Körperhaltung, Gleichgewicht, Bodenbezug,	Fühlen affektiv Gefühle, Stimmungen, Konzentration, Sorgfalt, Ausdauer, Belastbarkeit,	Denken kognitiv Aufgabenverständnis, Orientierung, Planung, Umgang mit Anforderungen, Strukturen,	Beziehen sozial Dialogfähigkeit mit sich, dem Du und dem Material
			Hinweise zum Selbstkonzept		

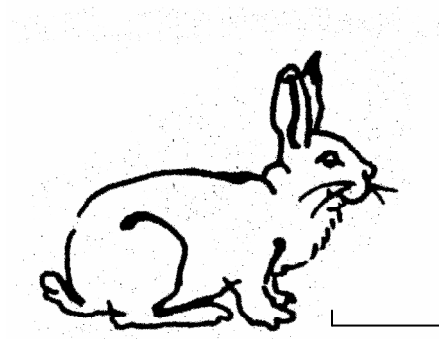
Feinmotorik/ Arbeit am Tisch

Hand- und Fingerbewegungen: Die Feinmotorik soll auch anhand von Alltagstätigkeiten beobachtet werden. Spielvarianten mit den Klötzchen oder mit Ablösen, Falten, Schneiden sollen aufgenommen werden. Auch kleine Gespräche über den Umgang mit solchen Arbeiten zu Hause oder in der Schule können aufschlussreich sein.

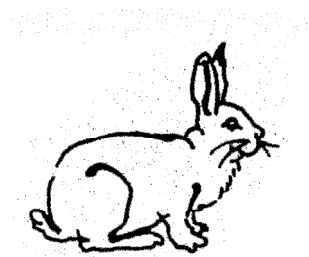
15 Bauen A) Turmbau ⌚ (Holzklötzchen) „Wir bauen gleichzeitig einen möglichst hohen Turm auf einem Klotz! Zuerst frei, dann re - li dann mit derjenigen, die es besser kann.“ B) Bauen ab Vorlage b) „Versuche diese Figur auf dem Foto nachzubauen!“ → Statt Foto- vorbauen)	taktil-kinästhetische Anpassung, Handwahl , Qualität re- li, Präzision (Zittern?) einschliessende Bewegungen (Zielataxie?) visuelles Erfassen und Umsetzen räumlicher Strukturen , Genauigkeit	Spannungsaufbau, Reaktion beim Zusammenfallen Konzentrationsvermögen
16 Figur ablösen, Schneiden, Falten: a) Abziehbild ablösen, auf Papier kleben b) Umzeichnete Figur ausschneiden c) „Sockel“ falten und umklappen	Feingeschick, Fingerbeweglichkeit, Unabhängigkeit der Hände, Praxie , (Präzision, Steuerung), Umgang mit Schere	Umgang mit Arbeitsabläufen, Geduld, Aufgabenverständnis
17 Kleber abreißen um das Blatt für Grafomotorik auf dem Tisch festzukleben.	Feingeschick, Unabhängigkeit der Hände, Kraftdosierung, Dominanz, Praxie	
Grafomotorik (vgl. Grafoblatt)		
18 Bogen zeichnen ⌚ a) „Zeichne Bogen von Punkt zu Punkt!“ evtl.e) Rückseite: „Zeichne eine Linie durch die Strasse, probier nicht abzuweichen!“	Sitzhaltung (Ausrichtung, Beckenstellung, Bodenkontakt, Atem, Armstellung, Armbewegung) Handstellung Stifthaltung Fingerbeweglichkeit Tonus -Druck Strichführung -Präzision	Grundeinstellung gegenüber grafischen Arbeiten
19 Formerfassung A) Gleiche Form wiedererkennen Gleiche Formen umfahren	Formerfassung	Umgang mit Anforderungen, Aufgabenverständnis
B) Formen nachzeichnen Form in Struktur nachzeichnen Rechte Hand – linke Hand	Formerfassung und Wiedergabe , grafomotorische Umsetzung rechts- links, Handdominanz	
C) Formen nachzeichnen Formen daneben nachzeichnen	Formerfassung und Wiedergabe, Grössenverhältnisse, Sicherheit	
D) Ertastete Formen (Karton) nachzeichnen Kreis, Dreieck, Viereck	taktil-kinästhetische Wahrnehmung , Tastqualität, Formerfassung und Wiedergabe	
20 Menschzeichnung ⌚ „Zeichne auf dieses Blatt (A4) einen Menschen!“ (A4 quer o. hoch) „Kannst Du Deinen Namen hinten dazuschreiben?“ (evtl. Adresse)	Nutzung des grafischen Raumes, Hinweise auf Körpervorstellung, Körper- und Selbstbild , zeichnerisches Entwicklungsstadium Schreiben, Körperhaltung, Stifthaltung, Tonusanpassung, vgl. oben	Kommentare, Bemerkungen des Kindes, Stimmung, Sorgfalt

E) Beobachtungsbogen für Grafomotorikaufgaben

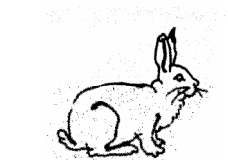
Bogen von Punkt zu Punkt



© 2002 Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern, Schweiz



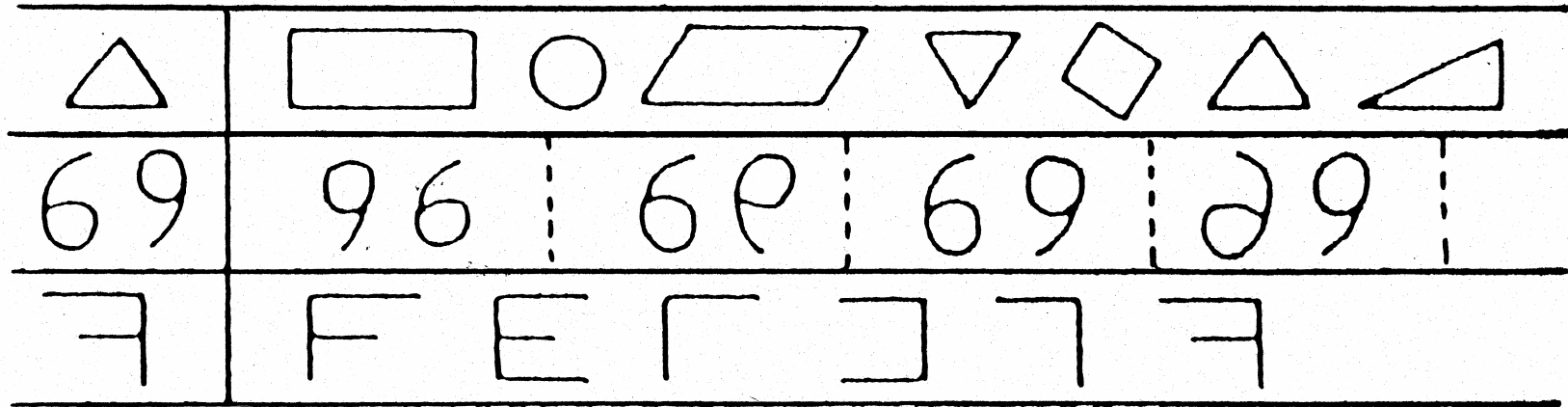
© 2002 Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern, Schweiz



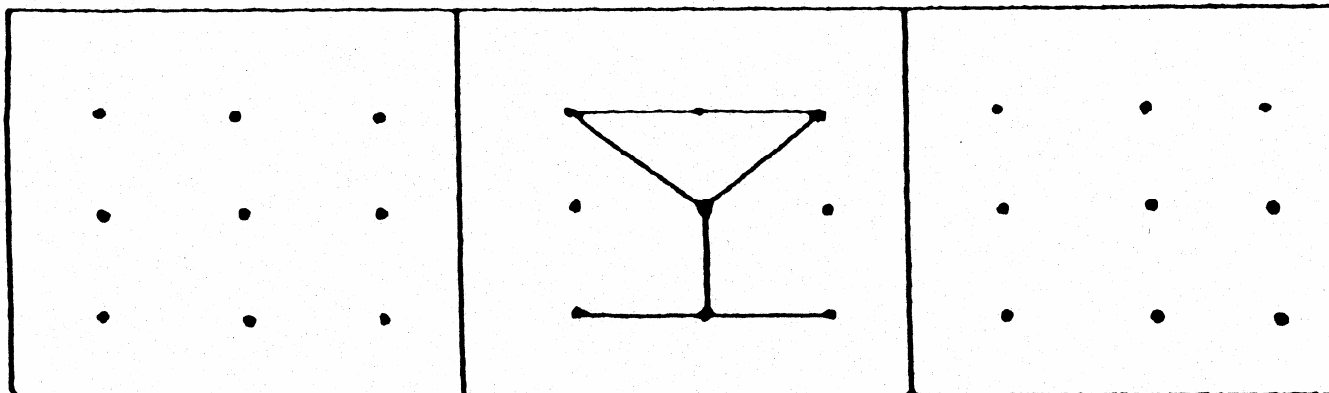
© 2002 Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern, Schweiz

Formerfassung, Formwiedergabe

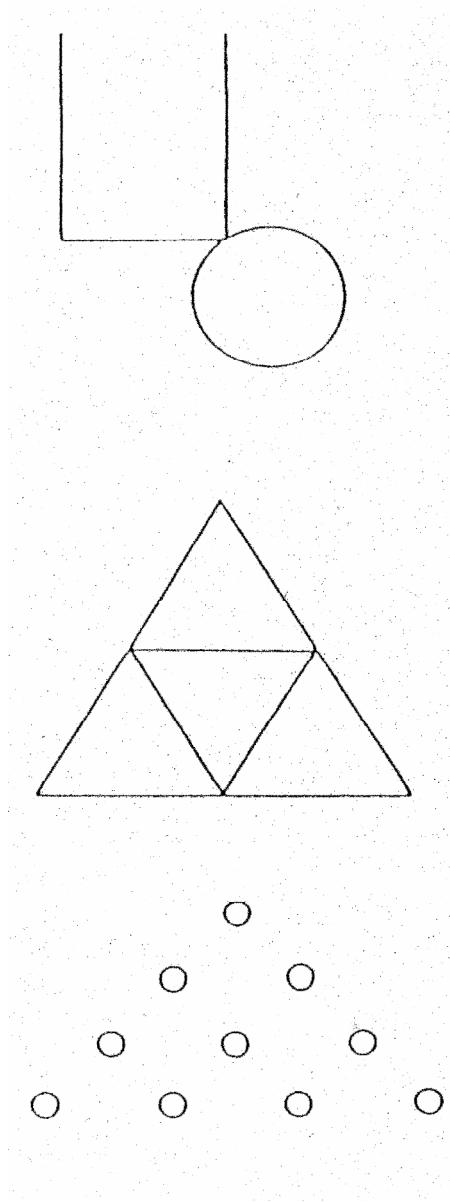
a) Gleiche Figur zeigen, umfahren



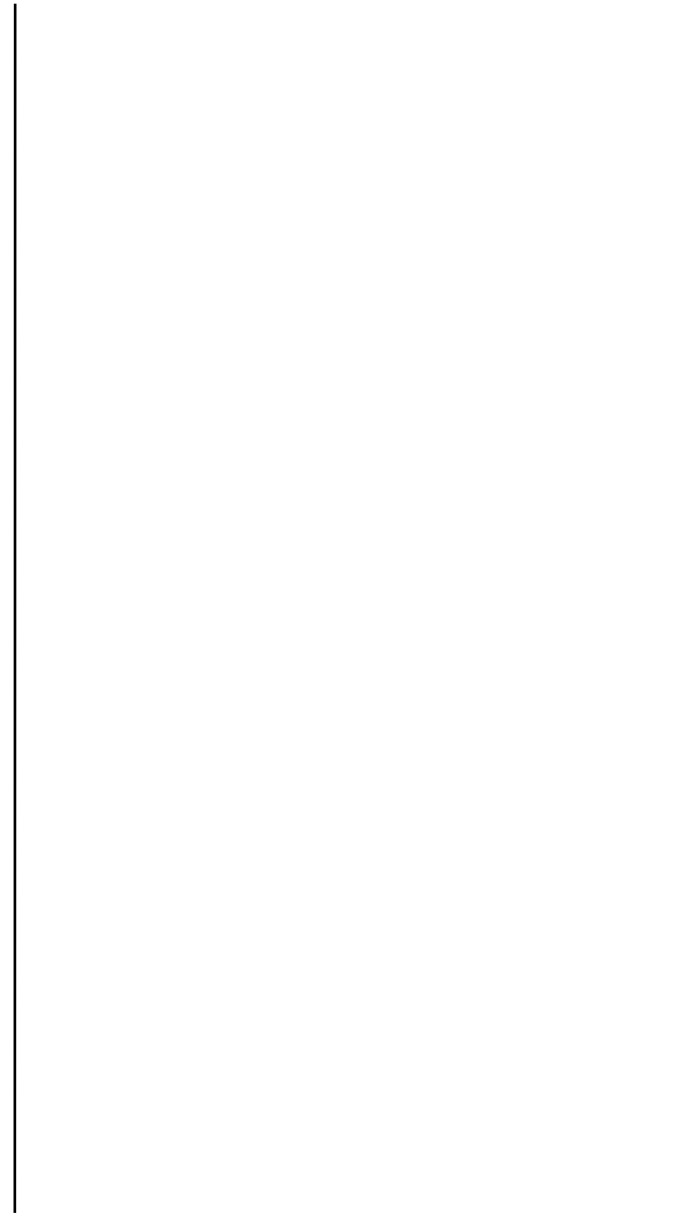
b) Abgebildete Figur rechts mit rechter Hand auf freie Punkte, links mit linker Hand auf freie Punkte zeichnen



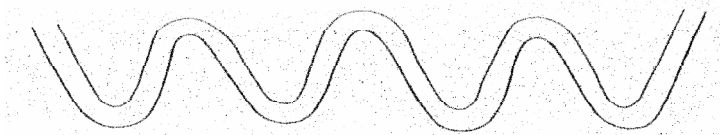
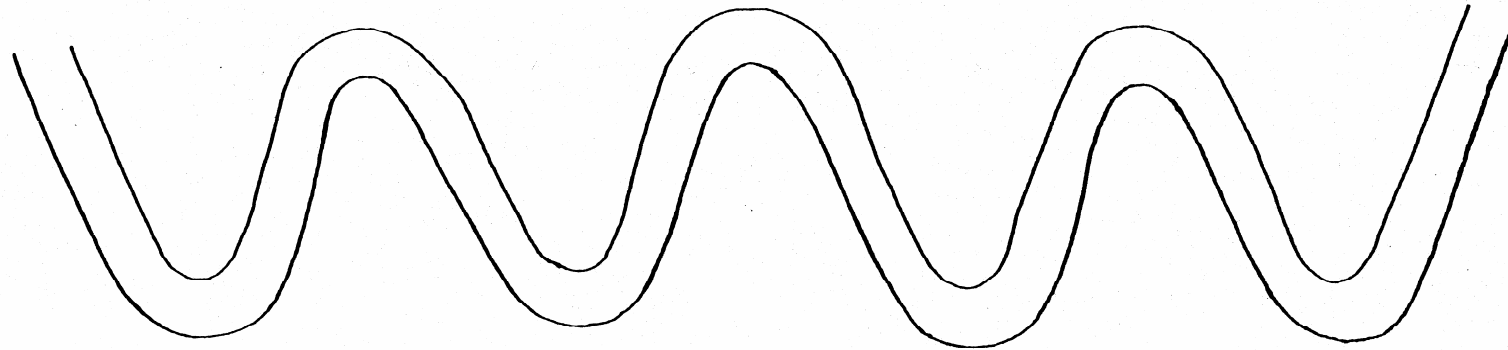
c) Abgebildete Formen möglichst gleich nachzeichnen



d) Ertastete Formen hier nachzeichnen



Linie durch Strasse



für ältere Kinder

Raum für Arkaden, Girlanden, Zacken, Schlaufen,... oder freie Schreibversuche, Zahlen, Buchstaben,.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vertiefende Hinweise zur Beurteilung der einzelnen Aufgaben 1-20

1 Gehen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Einige Reifen liegen verteilt am Boden. Wir fordern das Kind auf, in seinem eigenen Tempo einen eigenen Weg um die Reifen zu gehen. Die TherapeutIn kann am Anfang mitgehen, später beobachten. Nach einiger Zeit soll das Kind etwas beschleunigen und dann auch etwas verlangsamen. Zur weiteren Beobachtung Kind evtl. Kreis um die Reifen gehen lassen. Nachher überleiten zum Laufen.

*Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!*

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
Achse, Symmetrie (Haltung)	Rundrücken (Kyphose), Hohlkreuz (Lordose), Seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule (Skoliose), Starke Seitendifferenzen (auch Minderentwicklung Hand, Finger) evtl. Hinweise auf Hemisyndrom,
Becken –Beine - Füße	Schlechtes Abrollen der Füße, flaches Auflegen→ oft gebeugte Beine → evtl. Hinweis auf Mini CP Fusswölbung unter 6 oft kaum vorhanden→ normal, wird erst später als Plattfuss gewertet Breitbasiges Gehen → unsicheres Gleichgewicht oder schwache Hüftmuskulatur Schlurfender Gang → unsicheres Gleichgewicht X-Beine → meist vererbt Starker Einwärtsgang → Hüftprobleme o. Muskelschwächen in Bein/Fuss, stolpert häufig, fällt hin Starker Auswärtsgang → Plattfuss, kein Abrollen
Wirbelsäule - Schulter - Arme	steifer frontaler Gang → fehlende Wirbelsäulenrotation Fehlendes Mitschwingen der Arme → meist (nur) Ausdruck von gehemmter Verspanntheit, kommt oft vor in Untersuchungssituation, nicht weiter auffällig Einwärtsrotation der Arme, Hände → hängende Schulter ...Niedergeschlagenheit Steifes Abstehen (Paratonien) oder Synkinesien der Arme und Hände → evtl. Hinweis auf Mini CP
Kopf, Nacken, Blick	Unfrei, versteift, seitliche Kopfdrehung → evtl. Hinweis auf Sehstörung
Bewegungsimpuls	Beine, Becken, Oberkörper, Kopf
Bewegungsbild inkl. rhythmische Aspekte	Leichte rhythmische Unregelmässigkeiten rühren meist von Verspannungen, evtl. auch Verletzungen her..→ nachfragen
Grundtonus	Hoch, mittel, niedrig
Energieverteilung	blockierte Bereiche ?
Grundstimmung, Ausdruck	Niedergeschlagen, überspannt, fahrig

2 Laufen, rennen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Einige Reifen liegen verteilt am Boden. Drumherum gibt es Platz, einen Kreis zu laufen, rennen. Wir fordern das Kind auf, in seinem eigenen Tempo einen Kreis um die Reifen zu rennen. Falls das Kind wenig Dynamik zeigt, fordern wir es auf, etwas zu beschleunigen, um die Grenze seiner Möglichkeiten zu sehen.

*Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!*

2. Kriterien/Probleme vgl. auch Gehen (1)

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
Es gelten die meisten Kriterien wie beim Gehen, zusätzlich wird noch auf die Dynamik und speziell auf Mitbewegungen der Arme geachtet	
Achse, Symmetrie (Haltung)	Asymmetrie in der Front, leichtes diagonales Rennen auf eine Seite, (Achtung: beim Kreisrennen braucht es wegen der Kurve eine leichte Verschiebung) → schwächere Seite zeigt in Laufrichtung, weil mit stärkerem Bein gestossen wird → Hinweis auf Seitendifferenzen, unintegrierte Körperhälften Richtungswechsel des Rumpfes, Wechsel der Laufrichtung → Mühe mit Gleichgewicht
Becken - Beine - Füsse	Schlechtes Abrollen der Füsse, flaches Auflegen → oft gebeugte Beine → evtl. Hinweis auf Mini CP Federung in den Fussgelenken und Beinen fehlt, stampft hart, kann Bewegung nicht dämpfen → Stützreflex, der Fuss und Bein biegt fehlt.
Wirbelsäule - Schulter - Arme	Steifes frontales Laufen → fehlende Wirbelsäulenrotation Steifes Abstehen (Paratonien) oder Synkinesien der Arme und Hände bis 8J. häufig, → später oder wenn sehr ausgeprägt → evtl. Hinweis auf Mini CP
Kopf, Nacken, Blick	Unfrei, versteift, seitliche Kopfdrehung Mitbewegungen im Gesicht (Zunge) bis 8J häufig → später oder wenn sehr ausgeprägt → evtl. Hinweis auf Mini CP
Bewegungsbild inkl. rhythmische Aspekte	Leichte rhythmische Unregelmässigkeiten rühren meist von Verspannungen, evtl. auch Verletzungen her.. → nachfragen, oder es behindern einfahrende, einschliessenden Mitbewegungen den regelmässigen Bewegungsfluss → evtl. Hinweis auf Mini CP
Bewegungsimpuls	Beine, Becken, Oberkörper, Kopf
Grundtonus Energieverteilung	Hoch, mittel, nieder, blockierte Bereiche ?
Dynamik	Hat Mühe, dynamisch zu rennen, kommt nicht vorwärts, oft hypoton → Kraft, Bewegungsfluss fehlt Kind setzt zuviel Kraft ein → meist hyperten, kann dann kaum durchhalten, Energie fällt zusammen

3 Stehen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Vor oder nach dem Gehen, soll das Kind in einen Reif stehen und einfach mal ruhig stehen bleiben. Das Gewicht auf beiden Füssen. Arme hängen locker nach unten. Nach einer Weile kann das Bild vom Baum mit den Füssen als Wurzeln hineingegeben werden. Der Baum wird vom Wind leicht bewegt, ohne die Füsse verändern zu müssen. (Gleichgewicht) TherapeutIn macht hier mit. Dazwischen kann das Kind die Augen auch mal schliessen.

*Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!*

2. Kriterien/Probleme vgl. auch Gehen (1)

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
Achse, Symmetrie (Haltung)	Rundrücken (Kyphose), Hohlkreuz (Lordose), Seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule (Skoliose), Starke Seitendifferenzen (auch Minderentwicklung Hand, Finger) evtl. Hinweise auf Hemisyndrom,
Becken - Beine - Füsse	Fusswölbung unter 6 oft kaum vorhanden → normal, wird erst später als Plattfuss gewertet Sehr breites Stehen bis 3,4 normal später → unsicheres Gleichgewicht oder schwache Hüftmuskulatur X-Beine mit Knickfuss → bis 6 Jahre physiologisch normal Füsse einwärts → Hüftprobleme oder Muskelschwächen in Bein und Fuss, stolpert häufig, fällt hin Füsse auswärts → Plattfuss, kein Abrollen
Wirbelsäule - Schulter - Arme	Einwärtsrotation der Arme, Hände → hängende Schulter, evtl. mit eingefallener Haltung allgemein, könnte ein Hinweis auf Niedergeschlagenheit sein.
Kopf, Nacken, Blick	Unfrei, versteift, seitliche Kopfdrehung → Schiefhals, oder evtl. Hinweis auf Sehstörung
Grundtonus Energieverteilung	Hoch, mittel, niedrig blockierte Bereiche
Grundstimmung, Ausdruck	Niedergeschlagen, überspannt, fahrig, Unruhe
Gleichgewicht	Manchmal zeigen sich schon hier, vor allem bei der Baumübung Gleichgewichtsschwierigkeiten.

4 Einbeinstand Statisches Gleichgewicht

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Das Kind wird aus dem ruhigem Stehen mit frei herunterhängenden Armen aufgefordert, jetzt auf einem Bein zu stehen, so lange es kann. Die TherapeutIn sagt, sie werde leise aber hörbar zählen um zu schauen, wie lange das Kind stehen bleiben kann. Dies wirkt auch als klare Anordnung und Motivation. Die Aufgabe wird mit dem rechten und dem linken Bein ausgeführt. (Evtl. mit geschlossenen Augen um das taktil-propriozeptive System zu prüfen.)

Beachten Sie Stärken und Ressourcen, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
Fusswahl	Wählt spontan oft den besseren Fuss
Dauer	„Normen“ (Touwen1982) kurze Dauer evtl. auch Tonusproblem → Schläffheit 5 Jahre, 10-12 Sek., mit nur leichten Ausgleichsbewegungen, eine Seite besser 6 Jahre, 13-16 Sek., 7-8 Jahre, über 20 Sek. mit nur leichten Ausgleichsbewegungen, beide Seiten gleich 9 Jahre, ohne Ausgleichsbewegungen
Ausgleichsreaktionen (Rumpf, Arme, Hände, Fuss Standbein)	Leichte, ausgleichende, harmonische Ausgleichsbewegungen sind normal Ruckartige abrupte Zuckungen, → evtl. <u>Hinweise auf Mini- CP/leichte Spastizität</u> →Besonders wenn: Starke einfahrende Mitbewegungen der Arme, Hände im Faustschluss oder verspannt gestreckt, kein bewegliches Spiel der Sehnen am Standbein, sondern steif, verkrampft evtl. Zehenkrallen,
Stellung passives Bein	Angehobenes Bein: Erstarrt in Beugehaltung, Knie nicht genügend gehoben, ans Standbein angedrückt, innenrotiert → evtl. <u>Hinweise auf Mini- CP/leichte Spastizität</u>
Achse Rumpf	Rumpf in Richtung Standbein seitwärtsgeneigt, um Schwerpunkt über das Standbein zu verlagern → Hinweise auf mangelhafte Rumpfstabilität
offene - geschlossene Augen	Deutlicher Unterschied mit ohne Visus → <u>Hinweise auf Störungen im taktil-propriozeptiven System</u> , denn der fehlende Visus sollte normalerweise vom taktil-propriozeptiven System kompensiert werden Hörbehinderte haben sehr grosse Schwierigkeiten mit Einbeinstand ohne Visus Sehbehinderte haben oft ein gutes Gleichgewicht, das taktile und propriozeptive System ist sehr geübt.
Rechts links	Unterschiede rechts - links sind vorsichtig zu deuten, die meisten haben ein bevorzugtes Bein, erst ab 7 Jahren evtl. Zeichen einer verlangsamten Gleichgewichtsentwicklung oder evtl. Lateralitätsprobleme

5 Raumwege gehen

Räumliche Orientierung

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

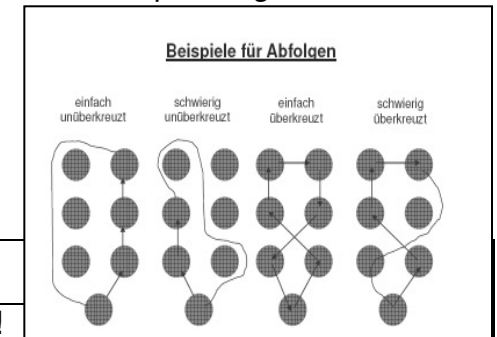
1. Anweisung:

- A) 6-9 Reifen sind unregelmässig im Raum verteilt, je nach Alter des Kindes (im Kiga mit 6-7 beginnen, nie mehr als 9) Die TherapeutIn geht mit dem Kind zu einem Ausgangsort und erklärt: „Besuche von hier aus alle Reifen einmal, aber keinen zweimal und kehre zu mir zurück. Du kannst jeweilen in die besuchten Reifen hineinstehen. Wenn es gelingt, kann man die Reifenzahl erhöhen, sonst erniedrigen.
- B) Die TherapeutIn lässt die problemlos durchlaufene Anzahl Reifen liegen und stellt dann die zweite Aufgabe: „Ich gehe Dir einen Weg durch bestimmte Reifen vor, und Du schaust zu und gehst nachher genau den gleichen Weg. Die TherapeutIn geht zuerst einfache unüberkreuzte Wege, dann schwierigere überkreuzte, sonst einfachere.

(Falls noch „Rechts - links oder hinten - vorne Orientierung“ beobachtet werden sollte, kann die TherapeutIn das Kind auch verbal führen: „Geh nach rechts, dann nach links, was liegt jetzt hinter Dir? usw.) Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
	<i>Beachte auch allgemeine Hinweise zur Erfassung der Raumorientierung von Brand → vertiefende Informationen</i>
Erfassen der Aufgabe	Sprache, Aufgabenverständnis, Achtung b.fremdsprachigen Kindern!
Erkennen der Struktur	Zwischen 6-9 Jahren gelingt das Besuchen meist mit soviel Reifen, wie die Kinder Jahre zählen.
Erinnern der besuchten Reifen Erinnern der Ausgangsposition	Zögert ein Kind sehr stark oder geht verunsichert wieder zurück → ist die Merkfähigkeit von Raumwegen verunsichert oder erschwert Manche Kinder gehen sicher drauflos, machen aber ohne es zu merken Fehler → sie können sich entweder nicht auf diese Aufgabe konzentrieren (vgl. allg. Konzentrationsfähigkeit) oder der Überblick fehlt ihnen völlig, da sie nicht merken, dass etwas nicht stimmt. Das Wahrnehmen und Eingestehen von Fehlern, gibt Hinweise auf den Umgang mit Aufgabenstellung, Erfolg und Misserfolg.
Nachahmung Raumwege Erfassen des Weges Orientierung und Überblick	Einfache logisch aufeinanderfolgende unüberkreuzte Wege durch die Reifen sind ab 6, einmal überkreuzte Wege ab 7 Jahren bei vielen Kindern mit ca. 5-7 Reifen möglich. Zwei Versuche machen lassen, wenn es das erste Mal nicht gelingt. Starke Verunsicherungen hier deuten auf Raumorientierungsschwierigkeiten hin. Die Aufgabe prüft aber auch einen grossen Anteil Merkfähigkeit
Raubegriffe recht links	Ab 7 Jahren können sich viele Kinder auch von einem Standpunkt aus nach rechts oder nach links orientieren. Am einfachsten liesse sich das überprüfen, indem man fünf Reifen so aufstellt, dass sich das Kind von der Mitte aus nach rechts, links, vorne, oder hinten orientieren kann. Zuerst müssten sie allerdings rechts - links am eigenen Körper sicher zeigen können.
Kinder mit starken Schwierigkeiten bei dieser Aufgabe haben oft auch Probleme bei der Orientierung am eigenen Körper → Körperschemaschwierigkeiten (vgl. Körperstellungen 10, Menschzeichnung 20. Auch beim Bauen mit Klötzchen 17 und bei der Formerfassung 19 sind Zusammenhänge zur Raumorientierung angesprochen.	



6 Hopserhüpfen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Der Raum ist so frei, dass das Kind einen grossen Kreis hüpfen kann. Die TherapeutIn fragt nach dem Hopserhüpfen oder je nach Dialekt nach der entsprechenden Bewegung. Falls das Kind die Bewegung nicht kennt, macht die TherapeutIn die Bewegung vor. Das Kind versucht danach, dieses bei den meisten Kindergartenkindern (2. Jahr) automatisierte Bewegungsmuster nachzuahmen. Mögliche Hilfestellungen: (Vorsichtig ausprobieren, da sie auch erschwerend wirken können): Rhythmische Hilfen → Klatschen, Stimme, evtl. mit Kind zusammen daneben in die Bewegung gehen und sich dann zurückziehen.

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
Automatisation	Findet schnell ins Bewegungsmuster und bleibt drin → automatisiert Sucht die Bewegung, erfolglose Ansätze, studiert nach → nicht automatisiert <u>Automatismus</u> : Durch Wiederholung mechanisierte Bewegung, Verlagerung auf tiefere Hirnzentren, ohne Kontrolle des Bewusstseins möglich
Rhythmus	arhythmisch, rhythmisch
Bewegungsfluss	fließender Bewegungsablauf → gut automatisiert, gutes Gleichgewicht, keine störenden tonischen Muster stockender Bewegungsverlauf → evtl. schlecht automatisiert, schlechtes Gleichgewicht
Beinbewegungen, Füsse	starke Innen- oder Aussenrotation behindern den Sprung laute Landung auf flachem Fuss → wenig Spannung, vermutlich schlaffer Tonus
Armbewegungen, Hände	Regelmässiges, die Aufwärtsbewegung unterstützendes Mitschwingen → ideal einschiessende, störende tonische Reaktionen, verkrampfte, ausfahrende Mitbewegungen oder starke Verspannungen mit überstreckten oder gefausteten Händen → evtl. Hinweise auf Mini-CP
Raumgefühl	Oberkörper frei, kann Raum wahrnehmen, das Fluggefühl geniessen verschlossene, kleinräumige, verhaltene Bewegung → evtl. Hinweis auf allg. Verhaltenseinheit
Bei Schwierigkeiten evtl. Lernfähigkeit beachten	

Zusatzaufgabe auch als Eisbrecher und für die Dynamik



Sprung über das bewegte Seil

„Ich mache mit dem Seil Wellen. Versuche mit Anlauf darüberzuspringen und dann weiterzurennen“
breite Wellen, hohe und spiralförmige Wellen

Anlauf: zuviel Anlauf, zu wenig,
Tempo: Steigerungsmöglichkeit
Absprung, Krafteinsatz: Dynamik
Flug: Mitbewegungen,
Raumgefühl: Kontakt mit Raum,
Landung: Füsse, Gleichgewicht

Mut, Ängste, Zögern,
Bewegungsfreude

7 Einbeinsprung Dynamisches Gleichgewicht

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Eine Seilstrasse ist aufgebaut. Das Kind soll zuerst frei auf einem Bein durch den Raum hüpfen und wenn es gelingt, direkt durch die Seilstrasse. Dann das gleiche auf dem anderen Bein. Bei älteren Kindern kann auch ein Seil rechts - links einbeinig überhüpft werden. (Monopedales Überhüpfen vgl. Ruf1992)

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme. (mögliche Beurteilung)</u>
Fusswahl	Wählt spontan oft den besseren Fuss
Federung	Oft flache Fussohle, kommt nicht vom Boden weg → Tonusprobleme, schlaff Wenig federnd, steif, ungesteuert, überhastet, große Sprünge → evtl. Hinweise auf Mini – CP
Ausdauer	Kann das Kind hüpfen? Anzahl Sprünge? Kurze Dauer→ evtl. Tonusproblem → Schläffheit Mit 4 Jahren 5-8 Hüpfen auf Lieblingsbein Mit 5 Jahren 9-10 Hüpfen auf Lieblingsbein Mit 6 Jahren 13 -20 Hüpfen auf Lieblingsbein Mit 7-8 Jahren mehr als 20 Hüpfen auf jedem Bein
Ausgleichsreaktionen (Rumpf, Arme, Hände, Fuss Standbein)	Leichte, ausgleichende, harmonische Ausgleichsbewegungen sind normal Ruckartige abrupte Zuckungen, → evtl. <u>Hinweise auf Mini- CP/leichte Spastizität</u> →Besonders wenn: Starke einfahrende Mitbewegungen der Arme, Hände im Faustschluss, verspannt gestreckt, verdreht Wenn ein Arm speziell ruckartig angezogen wird → Mini Hemiparese (einseitige Form von Mini CP)
Aktives Bein, aktiver Fuss	Hörbares Stampfen mit ganzem Fuss mit einknicken in Knie und Oberkörper → Hypotone Schläffheit Steifes Hüpfen nur mit vorderem Teil des Fusses → Verspanntheit, Hypertonie
Stellung des passiven Beines	Nach vorne gestreckt→ Hinweise auf Mini- CP/leichte Spastizität
Achse Rumpf	Rumpf in Richtung Standbein seitwärtsgeneigt, um Schwerpunkt über das Standbein zu verlagern→ →Hinweise auf mangelhafte Rumpfstabilität
Rechts links	Unterschiede rechts - links sind vorsichtig zu deuten, viele haben ein bevorzugtes Bein, erst ab 7 Jahren evtl. Zeichen einer verlangsamten Gleichgewichtsentwicklung oder evtl. Lateralitätsprobleme

8 Sprung auf - zu

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Eine Seilstrasse ist aufgebaut. Die Seile liegen im Abstand von ca. 30 bis 35 cm parallel. Die TherapeutIn zeigt den ‚Sprung auf – zu‘ an Ort (klare, evtl. markierte Stelle ausserhalb der Seilstrasse) mit seitlich locker ausgestreckten Armen. Das Kind übernimmt das Bewegungsmuster und führt es an Ort fort. Nachher führt die TherapeutIn das Kind zur Seilstrasse und zeigt ihm die Bewegung dort vor. Das Kind schaut zuerst zu. Dann stellt sich das Kind an den Anfang der Seilstrasse und wird gegebenenfalls nochmals in die richtige Ausgangsposition gebracht. Es durchspringt dann die Seilstrasse im „Sprung auf – zu“ mindestens drei Mal, zur besseren Beobachtung meist mehr. Die TherapeutIn beobachtet einmal von hinten, dann von der Seite und auch von vorne. Vielleicht ist es notwendig, das Kind nach einem Durchgang neu in die Ausgangslage zu bringen. (Zur vertiefteren Beobachtung kann auch noch der geschlossene Sprung, oder, ohne Seilstrasse, der Hampelmann angefügt werden)

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
	ab 5-6 Jahren 6-8 regelmässige aufeinanderfolgende Sprünge auf-zu (aufrecht, mit leichten symmetrischen Mitbewegungen) oder ca. 8 Hampelmannsprünge langsam, ab 7 Jahren ca. 10 Sprünge
Übernahme des Bewegungsmusters	Kann Bewegungsablauf nicht übernehmen → evtl. Hinweis auf Dyspraxie = Störung des Handlungsablaufes, (neurol. Apraxie=schwer) - Ideatorische D. = Planungsschwierigkeit ohne motorische Einschränkung → verbale Hilfen und vormachen in Einzelschritten hilft - Ideomotorische D. = können Planen, aber nicht ausführen → verbale Hilfen und vormachen sind unwirksam → muss geführt werden
Anpassung an Seilstrasse: Gewichtsverteilung re - li	Sprung räumlich nicht angepasst, seitliches Abweichen, ungleichmässiges Aufsetzen der Füsse, zeitliches Nacheinander → Probleme der räumlichen Anpassung, der Steuerung → Gleichgewichtsprobleme, wenn stark evtl. Hinweis auf Ataxie (zusammen mit Fehldosierung) → evtl. Hinweis auf Mini CP , (Gangataxie= Zusammenbruch der Koordination beim blinden Gehen)
Koordination der Beine	Beinbewegung gelingt nicht isoliert, Arme machen mit → Koordinations- Dissoziationsschwierigkeiten oben unten Sehr hart zusammengeschlagene Beine → evtl. Hinweis auf taktil-kinästhetische Schwierigkeiten
Spannungsverteilung	Spannungsgeschehen im ganzen Körper → Über- Unterspannungen → Sprünge benötigen eine gewisse Grundspannung
Sprungkraft	schwerfällige, kraftlose Sprünge, geringe Sprungkraft, kommt kaum vom Boden weg, → oft bei Schläffheit, Hypotonie schlecht gefederte, harte Sprünge mit steifen Fuss- und Kniegelenken, → Überspannung, Stabilität, Hypertonie
Mitbewegungen Zu unbeabsichtigten Störimpulsen im Arm- Schulterbereich → nach Touwen/Kiphart /Ruf Bächtiger/	<i>Rudernde, helfende, lockere Mitbewegungen, welche die Bewegung unterstützen → unauffällig</i> <i>Schlaffe Mitbewegungen, schlacksig, → Hypotonie, oft verbunden mit einschliessenden Tonuserhöhungen, phasische Tonusstörungen → schlechte extrapyramidale Reifung → Choreatische Muskelzuckungen (IV nicht erwähnt)</i> Spastizität: Verkrampfungen, verspannte, ausfahrende Mitbewegungen, oft einseitig asymmetrisch → enthemmte tonische Reflexaktivität → Hinweis auf Mini CP (meist Hirnrindenschädigung evtl. kombiniert mit Stammhirn) Athethotische Störbewegungen(Athethose): unwillkürliche, verpannte, zähflüssige, sich windende Bewegungen von Hand Finger, Mimik (extrapyramidale Störungen vermutlich Stammhirnschädigung) → evtl. Hinweis auf Mini CP Ataktische Bewegungsentgleisungen (Ataxie vgl. oben) → Ganzkörperschwankungen , was als Mitbewegung erscheint ist eher Ausgleichs- resp. Auffangbewegung) → evtl. Hinweis auf Mini CP Nach Ruf-Bächtiger (1995) ist Verkrampfen der Hände jeden Schweregrades pathologisch und Ausdruck einer mangelhaften Reifung übergeordneter Zentren
Körperachse und Asymmetrien	- Starkes unwillkürliches Einknicken in der Hüfte zusammen mit verspannten Mitbeweg. → evtl. Hinweis auf Mini CP - Starke seitliche Differenzen → Hinweise auf Hemisynndrome → evtl. Hinweis auf Mini CP - Starkes Überstrecken, Streckmuster → verbunden mit Hohlkreuz → hoher Tonus, in starker Form auch ein CP Muster

9 Krabbeln auf Händen und Knien Vierfüsslerstand

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Mattenbahn als Aufforderung zu Bodenbewegungen bereitstellen. Evtl. Tierspiel...oder direkt die Übungen anweisen (Zeitproblem):
„Kannst Du auf Händen und Knien über diese Mattenbahn vorwärtskrabbeln?“

Eigentempo – schneller – langsamer? Mindestens 3 Durchgänge. Stehen bleiben, in alle Richtungen gucken. (Kopffreiheit)
(*fakultativ bei Verdacht auf neurologische Probleme: passives Bewegen des Kopfes rechts – links, vor und zurück)

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
Bewegungsmuster Koordination Arme – Beine	Unregelmässigkeiten, zeitliche Versetzungen meist kontralateral, seltener homolateral, Passgang Passgang evtl. verbunden mit steifem Rücken→erschwerter Beckenrotation
Rückenhaltung	Buckel (Kyphose) vor allem beim Kopfsenken Hohlkreuz (Lordose) vor allem beim Kopfheben
Verbindung Becken-Schultergürtel	Eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit
Blick - Kopffreiheit	Kopf bewegt nicht frei, bleibt verspannt in gleicher Stellung oder wird unwillkürlich bewegt → Hinweis auf nicht ganz integrierte Reflexe
Hände - Handstellung,	nicht ganz geöffnet → retardierte Greifmuster. Schwierigkeiten Gegenstände loszulassen, stark auswärts (ulnarflektiert, evtl. Greifprobleme)
Stellung Unterschenkel - Füsse,	unwillkürlich angezogene Unterschenkel, stark flektierte Füsse → enthemmte tonische Reflexe kann mit ein Hinweis auf Mini CP sein
Integration ATNR*	Hinweis auf schlechte Integration, wenn bei Kopfdrehung nach li →re Arm stark einknickt Kopfdrehung nach re →li Arm stark einknickt
Integration STNR*	Hinweis auf schlechte Integration, wenn: beim Kopfheben Arme stark überstrecken beim Kopfsenken Arme stark beugen

10 Körperstellungen nachahmen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

A) Körperstellungen nachahmen

1. Anweisung:

Sitzend im Fersensitz (evt Sitzarten ausprobieren, evtl. Imitationsspiel voraus)

Kind im Fersensitz gegenüber TherapeutIn; T. zeigt Armstellungen zur Nachahmung vor (Hände frei oder Körperteil berührend):

1. beidseitig gleich, unüberkreuzt 2. beidseitig ungleich, unüberkreuzt 3. beidseitig gleich, überkreuzt 4. beidseitig ungleich, überkreuzt,
Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme:

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, Hinweise für Beurteilung</u>
(Visuelle) Konzentration	Abschweifen nach kurzer Zeit → Konzentrationsschwierigkeiten allgemein oder Probleme mit visueller Konzentration
Gestalterfassung, Wiedergabe	Detailfehler → leichte Schwierigkeit Wiederholte eindeutige Fehler → starke Schwierigkeit (bis 7J. dürfen sie spiegelbildlich verkehrt sein, später ansprechen, ob Unterschied wahrgenommen wird)
Körperorientierung	Langes Suchen und probieren → Verunsicherung Keine Nachahmung möglich → starke Schwierigkeit
Überkreuzen der Mittellinie	Spezielle Schwierigkeit beim Überkreuzen der Mittellinie → schlechte Integration der Seiten, (Hirnhälften) nach SI

B) Körperstellen blind spüren *(Achtung! Einfühlsam laterale Stellen berühren mit zwei Fingern)*

1. Anweisung:

Liegend: Kind bitten, sich auf den Rücken hinzulegen, Zeit lassen, Vorgehen erklären: „Ich werde Dich nachher, wenn Du die Augen geschlossen hast, an verschiedenen Körperstellen kurz berühren!“ (mit offenen Augen demonstrieren). „Du zeigst mir danach mit einem Finger die Stellen“ (evtl. Bild von der Fliege, die an verschiedenen Orten hinfliegt)

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme:

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, Hinweise für Beurteilung</u>
Grundtonus im Liegen Bodenkontakt, Atem	Zu schlaffer Tonus bewirkt ein Versinken in den Boden Bei zu hohem Tonus fehlt das „Sich dem Boden Hingeben-können“
Lokalisation taktiler Reize	Die Berührungsstellen werden ungenau lokalisiert . Normale Abweichungen nach Ruf (1995): 1cm im Gesicht, 2cm an Händen und Rumpf, 3cm an Beinen/Armen
Reaktion auf Berührung	Überreaktion bei sanfter peripherer Berührung → Taktile Überempfindlichkeit Keine Reaktion bei sanfter peripherer Berührung → Taktile Unterempfindlichkeit

C) Körperstellungen ergänzen

1. Anweisung *Erschwerungen wie bei A*

Liegend: Die Glieder einer Körperseite werden passiv in Stellungen gebracht, Kind muss andere Seite blind in gleiche Stellung bringen. Zuerst mit offenen Augen demonstrieren und handelnd erklären: „Jetzt nehme ich Deinen linken Arm,..... versuche nun auf der anderen Körperseite die gleiche Stellung einzunehmen!“

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme:

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, Hinweise für Beurteilung</u>
Gefühl für Seiten/ Mittellinie, Übertragung der Figur über Mittellinie	Gefühl für Mittellinie und Seiten fehlt, auch nach genauem Erklären und Demonstrieren der Aufgabe. Achtung: Aufgabenverständnis?
Körperorientierung – Genauigkeit des Wiederfindens, propriozeptive Wahrnehmung	Grössere Abweichung im Körperraum deuten auf erschwerte Körperorientierung hin, vermutlich aufgrund erschwelter propriozeptiver Wahrnehmung.

D) Körperstellungen wiederfinden

1. Anweisung *Erschwerungen wie bei A*

Liegend: Drei oder vier Glieder werden passiv in Stellungen gebracht, Kind merkt sich die Stellung mit geschlossenen Augen. TherapeutIn führt Kind in Ausgangsstellung zurück. Kind versucht die gleiche Stellung mit geschlossenen Augen wiederzufinden. Zuerst mit offenen Augen demonstrieren und handelnd erklären: „Jetzt forme ich Deinen Arm so, Dein Bein so usw....., hast Du Dir die Stellung innerlich gemerkt? Ich führe Dich in die Anfangsstellung zurück. Versuche nun die gleiche Stellung mit geschlossenen Augen wieder einzunehmen“

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme:

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, Hinweise für Beurteilung</u>
Konzentration mit geschlossenen Augen	Gewisse Kinder können in dieser Situation die Augen kaum schliessen oder sich nicht konzentrieren → nachfragen im EG nach anderen Situationen, Ängsten
Körperorientierung, Genauigkeit des Wiederfindens, propriozeptive Wahrnehmung	Orientierungslosigkeit beim „Wieder-suchen“ oder ungenaue Stellungen bei ca. 3 Gliederstellungen
Überkreuzen der Mittellinie	Zögern-spezielle Unsicherheit bei Stellungen, bei denen die Mittellinie überkreuzt werden muss, deuten nach SI auf schlechte Integration der Seiten, evtl. erschwerte Kooperation der Hirnhälften, evtl. unklare Handedominanz (falls dominante Hand nicht überkreuzen kann)

11 Ball werfen fangen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisungen

Material: Gymnastikball, Softball. Freies Experimentieren mit Ball und beobachten, sich anbieten, überleiten, evtl. Fussball aufnehmen. (Ball weckt normalerweise kindliche Bewegungsspontaneität.)

Die Therapeutin stellt sich ca. 2-3 Meter vom Kind entfernt auf und wirft den Ball (je nach Schwierigkeiten des Kindes Softball oder Gymnastikball) dem Kind beidhändig von unten zu und fordert es auf, zurückzuwerfen. Zuerst persönliche Wurfart lassen, dann fragen: Kannst Du mit beiden Händen von unten werfen. Für ältere Kinder: Kannst Du mit einer Hand werfen? (Erfolgsorientiert, fein anfangen: Später erschweren, Distanz vergrössern, bei 6-7 jährigen auf 3 Meter)

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

A) Fangen

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>	Angst (vor dem Ball)
	Fangen (ab 5 Jahren am Körper, ab 6-7 Jahren frei und sicherer) ungeeichte Angaben	
Visuelle Konzentration	Schaut nicht hin, wendet Gesicht ab	
Hand - Handkoordination	Hände greifen räumlich, zeitlich versetzt	
Aug - Handkoordination	Hände greifen räumlich ungenau, Blick weg,	
Taktile Anpassung der Hände	Hände zu steif oder zu schlaff	
Räumliche Einstellung des Körpers	Körperstellung unvorbereitet, steif, unbeweglich → schlechte Reaktion oder Mühe mit Körperorientierung	
Einschiessende tonische Reaktionen	Bei guter visueller Konzentration können auch einfahrende Bewegungen die Aug-Handkoordination behindern, nach Kiphard auch durch persisitierenden STNR/ ATNR beeinträchtigt → Kopfdrehung → unwillkürliche, evtl. einschiessende Armreaktionen → im Extremfall → Zielataxie	

B) Werfen

	Werfen (beidhändig von unten ab 4-5 Jahren, einhändig ab 6-7 Jahren), ungeeichte Angaben
Isolation der Arme, resp. des Armes beim einhändigen Werfen	Ganzer Körper geht mit, Stand und Dissoziation fehlt → Mühe, Glieder unabhängig und isoliert zu bewegen
Energetische Anpassung der Bewegung	Ball ist kaum haltbar, unangepasst, überschüssig geschossen → kann schlecht dosieren
Räumliche Anpassung der Bewegung	Ball verfehlt Ziel (kann auch gewollt sein, Kinder spielen damit bei Problemen)

12 Prellen einhändig

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Material: Gymnastikball, Basketball je ca 15-20 cm Durchmesser

Freies Experimentieren mit Ball und beobachten, sich anbieten, überleiten, evtl. Fussball aufnehmen. Ball weckt normalerweise kindliche Bewegungsspontaneität. Eigentliche Aufgabenstellung:

„Kannst Du prellen, den Ball regelmässig mit einer Hand auf den Boden schlagen?“ → evtl. vorzeigen. Mögliche Hilfestellung: Kurz hinhalten zum Anfangen, das Kind den Ball aus der hingehaltenen Hand schlagen lassen und sofort weggehen, damit man den Weiterverlauf nicht stört. Das Kind prellt vermutlich zuerst mit der dominanten Hand, dann auch die andere Hand verlangen. Beachten Sie Stärken und Ressourcen, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>		<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
		(5,5 bis 6 J. wenige Preller mit dominanter Hand, 6 Jahre ca 5-8 Preller, später länger und beidhändig) ungeeichte Angaben → Achtung: Ist auch Übungsfrage → Nachfragen
Handwahl, Qualität re li		Rechts? Links? Wechselnd? Welche Seite ist sicherer? → Hinweise auf Handdominanz oder Handdominanzprobleme
Anzahl Preller		Quantität gibt hier teils auch Rückschlüsse auf Qualität, da bei mangelnder Qualität der Ablauf schnell nicht mehr möglich ist
Taktile-tonische Anpassung der Hand an den Ball		Steife Finger, Hände, Arme → verminderte Wahrnehmung durch Hypertonie schlafe Finger, Hände, Arme → verminderte Wahrnehmung durch Hypotonie
Visuelle Konzentration	Aug-Hand Koordination	Schweifender Blick, Schielen, Ball wird schlecht fixiert und schlecht getroffen
Räumliche, Anpassung Zielgenauigkeit		Ball wird in falsche Richtung geschlagen → Probleme mit visueller Konzentration oder einschliessende tonische Reaktionen können das Treffen des Balles beeinträchtigen → Zielataxie Körper stellt sich schlecht auf räumliche Veränderungen ein → Probleme in Körperorientierung
Energetische, Anpassung, Kraftdosierung		Ball zu tief → oft bei Schlaffheit, Hypotonie Ball zu hoch → oft bei Überspanntheit, Hypertonie
Zeitliche Anpassung		Zeitliche Verzögerung der Schläge → Rhythmischen Anpassungsschwierigkeiten
Tonische Reaktionen		Starke verspannte einschliessende Reaktionen in Gegenhand → evtl. Hinweis auf Mini CP

13 Daumen-Finger-Versuch *Fingeropposition in Sequenz*

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Die TherapeutIn demonstriert dem Kind, wie man mit den Fingern einer Hand (beginnend mit dem Zeigefinger zum kleinen Finger und zurück) nacheinander den Daumen derselben berührt. Der Daumen berührt also so schnell wie möglich die Fingerkuppe des Zeig-, Mittel-, Ring- und Kleinfingers. Es soll eindeutig opponiert, nicht über die Fingerkuppe gewischt werden. Der andere Arm hängt zu Beginn frei nach unten. Das Kind hat Gelegenheit, die Bewegung 3-5 Mal zu üben, aber auch nicht zu lange. (Touwen1982, Ruf1995)

Beachten Sie Stärken und Ressourcen, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
	ab 5-6 Jahre, Kiga → nach zwei bis fünfmaligem Üben) fließend langsam möglich (Ruf, Touwen) 7-8 Jahre → leichte Verzögerungen und Fehler noch möglich
Lernprozess beim Üben	Schnelle Verbesserung beim Üben → deutet auf eher gute Fähigkeit hin Schnelle Verschlechterung beim Üben → auffällig
Geschmeidigkeit der Bewegung,	Komplexe motorische Leistung → gibt Hinweise auf Hirnreifung und Reifung des propriozeptiven Systems
Schnelligkeit	stockender, langsamer Ablauf im Schulalter ist auffällig, → oft feinmotorische Schwierigkeiten
Fingermotorik (Daumenopposition)	Finger können schlecht isoliert werden, Daumenopposition gelingt nicht → Feinmotorische Schwierigkeiten evtl. auch aus verzögerter Greifentwicklung
Tonus in der aktiven Hand	Schlaff → bleibt Gegenhand oft unauffällig, oft auch Ungenauigkeiten in der Berührung Überhöht → fehlende Geschmeidigkeit, Stockungen
Mitbewegungen, Reaktionen in der passiven Hand Mitbewegungen im Gesicht (Zunge)	Spiegelbildliche Mitbewegungen in Gegenhand bis 9-10 Jahre → normal bis tolerabel Später → Reifungsverzögerung des Nervensystems <i>Ausgeprägte assoziierte tonische Reaktionen → evtl. Hinweis auf Mini CP</i> Mitbewegungen im Gesicht, Zunge, → zeigen Leistungsgrenze an
Händigkeit	Die dominante Hand ist meist besser, geschmeidiger und verursacht weniger Mitbewegungen oder assoziierte Reaktionen in der Gegenhand

14 Drehbewegung der Hand - Diadochokinese (diadocho= wechslend, Kinese = Bewegung)

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Die TherapeutIn demonstriert dem Kind folgende Bewegung vor: Ausgangsstellung: guter Stand, zentrierter Kopf, entspannte Schultern, Arme hängen locker, Arm rechtwinklig nach vorne beugen, Hand zeigt nach vorne, passiver Arm hängt frei. (Kiphard: Handgelenke auf Gesichtshöhe). Mit Unterarm und Hand werden zuerst langsam, dann so schnell wie möglich Drehbewegungen ausgeführt (Supination/ Pronotation), auf Gegenarm achten, falls bekannt mit dominanter Hand beginnen! Hat das Kind Mühe mit der Stellen, kann diese von hinten korrigiert und für das Kind direkter aus der richtigen Perspektive nochmals gezeigt werden. Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
	6-7 Jahre J. → etwas ungeschickte Drehbewegung möglich, Spiegelbewegungen der Gegenhand normal ab 8-9 J. → weiche Drehung und Abnahme der Spiegelbewegungen, unverkrampfte Synkinesien sind nach Ruf bis 9-10 J. normal Weiches Bewegungsmuster, keine Unterbrechungen, lockere Finger, Oberarm in unveränderter Stellung → differenzierte Arm- und Feinmotorik, dominante Hand meist flüssiger
Qualität der Drehbewegung	<u>Ausweichen in Ellbogenbewegungen hin und her → feinmotorische Probleme → Isolation</u> Schüttelbewegungen, eher Winken → meist bei Hypotonie Deutliche Qualitätsunterschiede rechts – links → Hinweis auf Handdominanz
Ausmass der Rotation	Sehr kleine Rotation → Hinweis auf Probleme in der Feinmotorik
Tempo, Rhythmus	Starke Verlangsamung → Hinweis auf Probleme in der Feinmotorik Unterbrechungen, Unregelmässigkeiten, ruckartige, steife Bewegung, verkrampft Finger → evtl. Hinweis Mini CP
Mitbewegungen, Verspannungen der Gegenhand, Synkinesen, Paratonien, weitere assoziierte Bewegungen (Mund, Zunge)	Deutliche Mitbewegungen der Gegenhand sind spiegelbildlich unverkrampft bis 9-10 Jahren normal <u>Tonische Reaktionen, Verkrampfungen</u> der Gegenhand → evtl. Hinweis auf (Mini) CP Mitbewegungen im Gesicht sind bei kleineren Kindern häufig, nur auffällig, wenn sehr ausgeprägt und einhergehend mit anderen Verspannungen → bei älteren Kindern auffällig
Handdominanz	Qualitätsunterschiede rechts - links → dominante Hand ist in der Drehbewegungen meist klar besser und verursacht weniger Mitbewegungen , falls umgekehrt → Handdominanz überprüfen

15 Bauen mit Holzklötzchen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Turmbau: „Wir bauen gleichzeitig einen möglichst hohen Turm auf einem Klotz! Wir wollen schauen, welcher Turm zuerst einstürzt!“ Das Kind zu Beginn einfach bauen lassen, damit die spontane Handwahl gesehen werden kann, später sagen, es soll es mit der anderen Hand versuchen, um die Qualität der anderen Hand beobachten zu können. Die Würfel sollten oben in der Mitte vor dem Kind präsentiert werden oder auf zwei gleich grossen Haufen rechts und links liegen, damit nicht eine Hand bevorzugt wird. Man kann das Kind am Schluss auch fragen, welche es bevorzugt.

(Gut geeignet: **Soma – Würfel** (Best.Nr. 22599 bei Schubi-Lehrmittel, 4 Klötzli zusammenkleben, Rest einzeln lassen.)

Bauen nach Vorlage: Dem Kind wird die Fotovorlage präsentiert und gesagt: „Versuche diese Figur auf dem Foto genau gleich nachzubauen!“ Hat das Kind große Mühe, kann man ihm helfen und Hinweise geben. Mit Kindern unter 7 Jahren kann man die Figur simultan vorbauen.

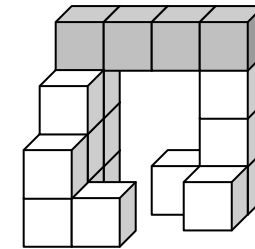
Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

Turmbau



Bauen ab Vorlage

Die 4 grauen Würfel sind zu einem Balken verklebt. Diese Form hat nur sichtbare Klötzchen. Figuren mit verdeckten Klötzchen sind deutlich schwerer.



2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme. (mögliche Beurteilung)</u>
Greifen, Fingerbeweglichkeit	Greift mit allen Fingern, lässt Zeigefinger abgestreckt aus, greift mit der ganzen Hand → retardierte Greifentwicklung
taktil-kinästhetische Wahrnehmung	Finger passen sich schlecht dem Klötzchen an, ungezieltes, grobes Greifen ungenaues Bauen → Schwierigkeiten mit der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung
Tonus in den Fingern	Verspannte steife Finger Schlaaffe Finger, diffuses Greifen
Handwahl Qualität re li	Wechselt die Hand dauernd → könnte Hinweis auf unklare Handdominanz sein Bessere Qualität → Hinweis auf Handdominanz
Präzision (Zittern)	Starkes Zittern beim Ablegen → evtl. Hinweis auf Tremor
Einschiessende Bewegungen	Einschiessende Bewegungen beim Ablegen des Klötzchens → evtl. Hinweis auf Mini CP (Zielataxie)
Visuelles Erfassen und Umsetzen der räumlichen Struktur	Langes Suchen der Form, falsche Winkel, nicht Erfassen der Tiefe.... → evtl. Hinweise auf Mühe mit räumlicher Wahrnehmung (Mit anderen Beobachtungen verbinden!) Mit 5-7 Jahren gelingt es meist bei direktem Vorbauen, mit 7-8 Jahren gelingt es meist ab Foto, Kinder, die viel mit Lego oder Klötzen gebaut haben, bewältigen die Aufgabe besser → Nachfragen
Konzentration und Umgang mit Misserfolg	Kann das Kind bei der Aufgabe bleiben, auch wenn es etwas Mühe hat?

16 Figur ablösen, schneiden, falten, 17 Kleber abreißen

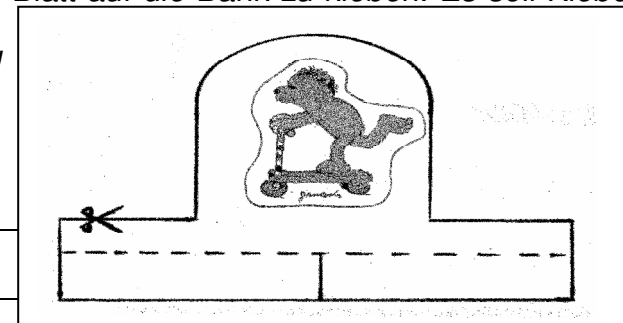
Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung:

Die TherapeutIn führt das Kind in eine kleine Bastelarbeit, bei der sie die Feinmotorik beobachten kann. Sie bittet das Kind, ein Abziehbild auszusuchen und auf das Zeichenblatt zu kleben, danach zeichnet die TherapeutIn eine Art Tor rundherum mit einem Sockel. Das Kind soll nun der Linie nach möglichst genau ausschneiden und schliesslich nach Anweisung der TherapeutIn falten, damit die kleine Figur steht. **Achtung: Bei Linkshändern fragen, ob sie Linkshänderschere wollen!**

Kleber abreißen: Die TherapeutIn bittet das Kind für die kommende Aufgabe die das Blatt auf die Bank zu kleben. Es soll Klebestreifen von einer Rolle abreißen

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgaben zeigt!



2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
Ablösen, Schneiden, Falten	
Feingeschick	Auf - zu Bewegung der Hand mit Vorwärtsbewegung des Armes und Drehbewegung des anderen Armes kombinieren → komplexe feinmotorische Bewegung → Praxie → Dyspraxie
Fingerbeweglichkeit	Daumen - Fingerkoordination fehlt
Unabhängigkeit der Hände	Kind legt Blatt auf Tisch, kann nicht in der Luft schneiden. Kind kann die Drehbewegung der Hand, die das Blatt hält, nicht von den Auf - zu - Bewegungen der schneidenden Hand dissoziieren → Unabhängigkeit der Hände noch nicht gewährleistet
Praxie → Präzision, Steuerung Unkontrollierte Impulse	Unkontrollierte Impulse stören den Ablauf, schneidet dadurch ungenau, zerreisst das Papier → evtl. Hinweis auf Mini CP Bewegungsablauf des Schneidens ist nicht durchführbar → Dyspraxie
Mitbewegungen im Gesicht	Diese sind oft noch bis ins Schulalter hinein zu sehen, nur auffällig, falls extrem und mit anderen Mitbewegungen kombiniert
Umgang mit Schere	Schere nicht senkrecht zum Papier → evtl. noch sehr ungeübt oder schlaffer Tonus oder ungenaue propriozeptive Wahrnehmung
Handdominanz	Probleme mit Linkshändigkeit, Linkshänderschere ausprobieren und fragen, wo es besser geht
Kleber abreißen (zusätzlich)	
Kraftdosierung	Zuviel Kleber kommt raus → Kraftdosierung fehlt, evtl. sogar Störimpulse
Qualität re li	Eine Hand führt die Bewegung → jene die Kraft und Bewegung einsetzt → Dominanz

18 Bogen zeichnen

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung: (zum Grafoblatt → auf der Rückseite findet sich eine Strasse für Übung e) und Zeilen für Schreibproben, Schlaufen, Girlanden

Das Kind sitzt am Tisch. Die Ellbogen liegen auf der Tischplatte, die Fusssohlen haben Bodenkontakt. Die TherapeutIn lässt als Aufgabe 17 das Blatt von der Grafomotorik mit Klebestreifen auf dem Tisch befestigen (Beobachtung vgl. Feinmotorik 16). Anweisungen:

1. „Wir zeichnen mit Bogen, wie diese Tiere springen. Zeige mit dem Finger, wie Du die Bogen zeichnen willst und zeichne sie dann mit Bleistift!“ (Die Bogen sollen flüssig von Punkt zu Punkt geführt gezeichnet werden) TherapeutIn zeigt bei kleineren Kindern die Bewegung mit dem Finger vor und lässt das Kind die Bewegung zuerst mit dem Finger, dann mit dem Bleistift durchführen. Um mehr Beobachtungszeit zu gewinnen, können noch weitere Bogen mit weiteren Farben gemalt werden.
2. Evtl. Rückseite Aufgabe e) „Zeichne eine Linie durch diese Strasse und achte darauf, dass Du rechts und links nicht über die Strassenränder hinausgerätest!“ Die TherapeutIn zeigt die Bewegung mit dem Finger vor und lässt bei kleineren Kindern die Bewegung zuerst mit dem Finger, dann mit dem Bleistift durchführen.

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
	Bei Schuleintritt gelingen normalerweise flüssige, gezielte Bogen, bei vorteilhafter Stifthaltung oder sicherer eigener Stifthaltung
Sitzhaltung (Ausrichtung, Beckenstellung, Bodenkontakt)	Rundrücken oder Hohlkreuz → evtl. Hinweis auf allgemeine Haltungsprobleme oder Müdigkeit Verdrehte Sitzhaltung, Schlechter Bodenkontakt Wenig Distanz zum Blatt → oft bei gekrümmter Haltung, seltener bei Sehprobleme
Atem beim Zeichnen	Unterbrochener Atem, nicht frei fließend
Armstellung, Armbewegung	Unterarm abgehoben, immer oder ab und zu? Unterarm gleitet nicht mit, Schulter angezogen, evtl. verdreht
Handstellung	Abgeknicktes Handgelenk oder unvorteilhaft verdrehtes Handgelenk
Fingerbewegung, Fingerbeweglichkeit (bei den kleinen Bogen)	Mangelnde Fingerbeweglichkeit oft einhergehend mit schlechter Stifthaltung oder zuviel Druck Keine, wenig oder gute Beuge- und Streckbewegungen von Zeigefinger und Daumen Gibt es Hand- und Fingerbewegungen während Unterarm gleitet?
Stifthaltung	Unvorteilhafte Stifthaltung → häufig mit zu vielen Fingern, retardierte Greifmuster (beschreiben!) Verkrampfte Stifthaltung → oft mit geknicktem Zeigefinger, gefaustet oder übergreifendem Daumen Unsichere, zittrige Stifthaltung → meist zuwenig Druck, Stift hat Tendenz aus der Hand zu rutschen,
Tonus -Druck	Zu schwacher, zu starker Druck
Strichführung-Präzision	Stockender, zackiger Strich, ist schwer auf Punkte steuerbar, verkrampft und ungezielt Zittrige feine, unpräzise Strichführung, evtl. verlangsamt, zögernd und ungezielt Ausfahrende Strichführung, überstürzt, Strich kann sehr schlecht gesteuert werden, ausfahrend, ungezielt → evtl. Hinweis auf Mini CP

Beobachtungen beim Schreiben und Zeichnen

Sitzhaltung (ganzer Körper, Achse, Becken, Rücken, Schultergürtel, Beine, Füsse)

angezogene Schultern, locker, entspannt, gerade, verspannt, hypoton, hyperton, gebückt, Rundrücken, vornübergebeugt, schief, aufgestützt, angelehnt, schlaff, kraftlos, unruhig, instabil, wechselnd, im Lendenbereich zusammengesunken,

Armstellung (Unterarm, Ellbogen, Schultergelenk, Armbewegung (re - ziehen, li - stossen))

locker aufliegend, fährt mit, stösst aufgelegt, zieht gleichmässig, setzt nach, an den Körper gepresst, abgehoben, nicht aufgelegt,

Handstellung (Lage des Handgelenks, Handgelenksbewegungen)

abgewinkelt, eingedreht, eingeknickt, versteift, verkrampft, gehoben, zitternd, wechselnde Handhaltung

Fingerstellungen (Bewegungsmöglichkeit der gewählten Stellung)

rund, entspannt, durchgedrückt, steif, verkrampft, verspannt, schlaff, unsicher, zittrig, ausfahrend, unbeweglich, unkontrolliert, unkoordiniert, ungelenk, ungenau,

Haltung des Schreibgerätes (Stellung, Griff, Tonus), spontane Blatthaltung beim Schreiben

Faustgriff, entspannter 3 Punktgriff, (Mittelfinger, Zeigefinger, Daumenopposition), Ringfinger hält mit, verkrampft, steif, flach, zwischen anderen Fingern,

Integration von Arm-, Hand-, Fingerbewegungen

abwechselnd möglich, gleichzeitig möglich,

19 Formen wiedererkennen und nachzeichnen

Zusammenfassung aus der vertiefenden Literatur

1. Anweisung: (*Grafobogen Innenseite verwenden*)

- A) Die TherapeutIn deckt die restlichen Zeilen ab und präsentiert die erste Zeile mit den Formen, das Kind macht einen Kreis um jene Form, von der es denkt, sie sei gleich wie jene zu Beginn der Zeile.
- B) Hier lässt die TherapeutIn das Kind die vorgegebenen Form in die leere Punktestruktur gleich nachzeichnen. Bei Handdominanzunsicherheiten soll es das Kind auch mit der anderen Hand versuchen.
- C) Die abgebildeten Formen sollen so genau als möglich in der gleichen Grösse nachgezeichnet werden
- D) Kreis, Dreieck und Viereck aus Karton sollen unter dem Tisch erspürt und dann als Form ins Grafische umgesetzt werden.
- Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Kriterien/Probleme

<u>Beobachtungskriterien</u>	<u>Häufige Probleme, (mögliche Beurteilung)</u>
A) Gleiche Form zeigen oder umfahren (Köck1990)	
Formerfassung ohne Wiedergabe Raumlagen	Isolierte Erfassung ist gut möglich, erschwert oder verunsichert, Probleme mit Raumlagen → vgl. Zusammenhänge mit Körperstellungen
B) Abgebildete Form nachzeichnen (Köck 1990)	
C) Abgebildete Form nachzeichnen (Rudolf 1986)	
Sicherheit in Formerfassung und Wiedergabe	gelingt sicher, genau, schnell oder nur in Grobform, im Detail fehlerhaft, ungenau oder überhaupt nicht, → Nimmt das Kind Schwierigkeiten wahr, oder übergeht es sie? → Ist es unzufrieden mit der ungenauen Umsetzung deutet dies auf → Schwierigkeiten in der grafomotorischen Umsetzung, Wiedergabe hin Oft ist beides erschwert, aber es lässt sich vielleicht eine Tendenz herausfinden → Grafoabklärung
Grössenverhältnisse, Raumlagen einzelner Teile	gut umgesetzt oder ungenau oder stimmen nicht → Mühe mit Proportionen → erst ab Schuleintritt relevant → bei grafomotorischen Schwierigkeiten mit ausfahrenden Bewegungen werden die Figuren eher vergrössert, → bei starken Verkrampfungen evtl. verkleinert dargestellt auch hier zeigen sich Raumlageprobleme → bei falschen Winkeln, Raumlagen einzelner Teile, falschen Distanzen
Grafomotorische Umsetzung Handdominanz rechts- links	Vgl. 18 Bogen Bei B) Handwahl beobachten und Qualität re - li vergleichen für Dominanzbeurteilung
Konzentration - Motivation	Hier stellt sich die Frage, ob sich das Kind überhaupt konzentriert auf diese Aufgaben einlassen kann, oder ob evtl. auch Unruhe und Unlust die Durchführung beeinflussen.
D) Ertastete Figur nachzeichnen	
taktil-kinästhetische Wahrnehmung: Tastqualität	Kann das Kind tonisch angepasst tasten oder tastet es flüchtig?
Formerfassung und Wiedergabe über taktile Aufnahme:	Da es sich hier um einfache Formen handelt, kann auch die reine taktile Erfassung der Form erfragt werden, indem das Kind zuerst sagt, was es spürt. Es zeichnet dann meist einfach eine Standardform. Bei älteren Kindern können aber verschiedene Dreiecke oder Vierecke verwendet werden, um die Wahrnehmung der Grössen- und Formunterschiede übers Tasten zu überprüfen.

20 Menschzeichnung

Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen

1. Anweisung *Material: A4 Blatt, Bleistift, auf speziellen Wunsch Gummi, Buntstifte*

Die TherapeutIn bittet das Kind: „Zeichne auf dieses Blatt (A4) einen Menschen, Du kannst das Blatt quer oder hoch nehmen!“

Auf weitere Fragen geht sie positiv verstärkend ein: „Mach, wie Du meinst!“ „Es ist gut, wie Du es machst!“

„Kannst Du Deinen Namen hinten dazuschreiben?“ (je nach Alter ganze Adresse)

Beachten Sie **Stärken und Ressourcen**, die das Kind während dieser Aufgabe zeigt!

2. Hinweise zur Beobachtung des zeichnenden Kindes und zum Verständnis der fertigen Zeichnung

Vorsicht: Eine einzige Zeichnung eines Kindes kann immer aus verschiedenen Gründen ganz besonders ausfallen. Also keine isolierte Beurteilung. Eindrücke mit anderen Hinweisen aus der Abklärung und mit Nachfragen bei Eltern und Lehrperson verbinden. So verwendet kann die Menschzeichnung Hinweise auf momentane psychophysische Befindlichkeit, Zeichenmotivation, Selbstwertgefühl, Körpererleben, auf belebte/unbelebte Körperzonen Wahrnehmungsfähigkeiten, zeichnerisches Können, Entwicklungsphase, Originalität, Kreativität, Grafomotorik, inkl. Handdominanz geben.

Folgende Fragen können bei der Beurteilung helfen

	Fragen zu Beobachtungen beim Zeichnen	Fragen zum Verständnis der fertigen Zeichnung
Gesamteindruck	Gefühle und Assoziationen der TherapeutIn Vorgehen → Selbstwertgefühl,	Gefühle und Assoziationen der TherapeutIn Ausdruck → Selbstwertgefühl
Wahrnehmen	Geht das Kind wach und motiviert dahinter? Wie ist die visuelle? Wie die taktile Wahrnehmung?	Wahrnehmungsfähigkeit, Organe, Präsenz in der Zeichnung
Bewegen - Handeln	Wie sind Haltung, Stifthaltung, Strich... vgl. Grafo?	Körperbild – Körpererleben? Sind bestimmte Körperzonen speziell hervorgehoben/weggelassen?
Raum	Umgang mit dem grafischen Raum, Formensicherheit	Raumaufteilung? Anordnung auf dem Blatt? Richtung und Orientierung der Figuren? Proportionen: Körperform und Einzelteile? (ab 9 Jahren)
Zeit	Tempo	Druck, Strichkraft, Dynamischer Ausdruck des Körpers?
Energie	Druck, Dynamik beim Zeichnen	
Fühlen	Wie fühlt sich das Kind beim Zeichnen? Ist es motiviert oder hat es eine Abneigung? Sorgfalt? Zufriedenheit mit der eigenen Zeichnung?*	Emotionale Ausdruck des Bildes? Belebtheit der Körperform? (rund, eckig, bewegt, offen, verschlossen, aggressiv, friedlich...)
Denken	Wie geht es vor? Spontan, mit Planung? Welche Bemerkungen macht es zur Zeichnung?*	Mögliche Abfolge aus div. Quellen, vgl. Literatur 4/5 Kopf-Baucheinheit, Augen 5/6 Kopf-Bauch-Extremitäten, Mund, Nase, an Körper angebrachte Arme/Beine 6/7 Haare, Finger, Anfänge flächiger Glieder, Anfänge Kleidung, 7/8 Hals, Kleidung differenzierter, proportionierte Arme/Beine, Arme eher hängend. 8/9 Differenziertere Kleidung, daran Geschlecht erkennbar, bewegte Glieder 9 – 12 Profilformen, Frontalformen, proportionierterer Kopf, ausgereifere Details Wie realistisch mit Details ist das Bild? Wie originell und kreativ?
Beziehen	Will das Kind still alleine arbeiten? Erzählt es? Braucht es immer wieder Bestätigung?	Wirkt die Figur offen oder verschlossen?

***Kinder mit grafomotorischen Schwierigkeiten sind meist unzufrieden, weil nicht das entstanden ist, was sie darstellen wollten.**

4. Abklärungselement: Anamnese, Eltern und Umfeldgespräche

In diesem 4. Abklärungselement geht es grundsätzlich um die **Sicht des Umfeldes**. Eine zentrale Rolle darin spielen natürlich die Eltern; aber auch Lehr- und Betreuungspersonen, andere TherapeutInnen sowie Kinderärzte usw. besitzen Informationen, die zum Verständnis der Situation des Kindes beitragen können. Oft wird die TherapeutIn schon vor der Abklärung TrägerIn gewisser Informationen, ohne sich aktiv darum bemüht zu haben. Hier ist es wichtig, auch mit diesen Erstinformationen sorgfältig und bewußt umzugehen, denn sie können bereits erste Bilder entstehen lassen.

Die Art und Weise, wie die Fälle an uns herangetragen werden, trägt oft schon etwas von ihrer Grundstruktur in sich. Es lohnt sich, von allem Anfang an wach zu sein und auf persönliche Vorgefühle, Vorahnungen und deren Entstehung zu achten. Hier spielt wieder die bereits erwähnte **seelische und körperliche Resonanz** eine wichtige Rolle.

A) Spezielle Hinweise zum Erstgespräch in der Psychomotoriktherapie

Anmeldungsumstände

Fragestellungen im Zusammenhang mit der Anmeldung:

Wer hat angemeldet? Warum? Über welche Stellen? Berichte? Gibt es Vorinformationen über und von den AnmelderInnen? Wie sind sie gefärbt? Besondere Vorkommnisse (Telefone, Begegnungen,...)? Welche Beziehungsinformationen sprechen aus den jeweiligen Informationen?

Personalien

Falls nicht durch die Anmeldung schon vorhanden, empfiehlt es sich, die wichtigsten Daten des Kindes zu erfassen, zu vervollständigen oder allenfalls auf ihre Aktualität hin zu überprüfen. Je nach Situation können diese **vorteilhafter am Schluß** erfragt werden, nachdem ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut ist. Denn bereits die Frage nach Beruf oder genauem Familienname kann anfangs als zu großes Eindringen in die privaten Angelegenheiten verstanden werden. Sie ergeben sich oft im Verlauf des Gesprächs wie von selbst.

Umstände und Atmosphäre

Das Kind kommt meist in Begleitung eines Elternteils, welcher die Abklärung mitverfolgt. Aus zeitlichen und inhaltlichen Gründen kann es sinnvoll, das **Gespräch gleich anschliessend** zu führen. Ich informiere darum gleich zu Beginn das Kind und die BegleiterIn über den Gesamtverlauf der Abklärung (vgl. 1. Abklärungselement). Auf **Wunsch der Eltern** oder bei **schwierigen Situationen** soll ein **Gespräch ohne Kind** vereinbart werden. Beim Gespräch mit anwesendem Kind wird für Eltern und TherapeutIn ein ansprechender Gesprächsplatz an einem Tisch eingerichtet. Für das Kind ist in der Nähe, aber doch mit etwas Abstand, eine geeignete Spielecke bereit (Zeichenmaterial, Konstruktionsspiele, Bilderbücher...). So kann das Kind teils dem Gespräch folgen, teils spielen. **Es soll nichts gesagt werden, was das Kind nicht hören darf**, das Besprochene darf **niemanden verletzen**. Wenn sich das **Kind** inhaltlich einschaltet, wird es **einbezogen**. Bei Fragen wie Freizeit, Schule, Beziehungen zu Geschwistern usw. kann und soll das Kind einbezogen werden, wenn es sich interessiert.

Einstieg, Gesprächsthemen

Mögliche Einstiegsthemen sind:

- **Stärken** und **Vorlieben** des Kindes

- Fragen und Beobachtungen, aber auch Erklärungen zur Abklärung und zur Psychomotoriktherapie
- **Schwierigkeiten, die zur Abklärung führten**
- Man kann auch die Besprechung der Beobachtungen ankündigen und den Wunsch äussern, **zuerst noch etwas vom Alltagsleben** zu erfahren, **um es damit in Bezug setzen zu können**.

Der vorliegende Bogen dient als Leitfaden durch das Gespräch; er soll keinesfalls als Fragebogen verwendet werden, welcher der Reihe nach ausgefüllt wird. Das Gespräch soll seinen natürlichen Verlauf nehmen und wenn möglich die angegebenen Themen streifen.

Informationen und Anekdoten

Es empfiehlt sich, einerseits einem möglichst natürlichen Gesprächsverlauf mit **Erlebnissen und Alltagsbeispielen** zu folgen, andererseits aber auch zu den Themen des Leitfadens (Gesprächsbogen E 4a) zurückzuführen, falls es sich nicht von selbst ergibt. Bei der Gestaltung solcher Übergänge kann es helfen, **zusammenzufassen, zu verifizieren** und dann **überzuleiten**. Fragen sollten offen und möglichst mit Begründung gestellt werden. Sie sollten nicht mit ja oder nein zu beantworten sein, damit sich ein freies Sprechen über die Situation ergeben kann. Zu beachten ist auch die **Herkunft der Aussagen**: Ist es die Meinung der Eltern selbst, der ÄrztIn oder der LehrerIn?

Besprechung der Abklärung, Informationen über Psychomotoriktherapie, Therapieentscheid, weiteres Vorgehen

Die Eltern sollen im Laufe des Gesprächs **über die Bewegungsbeobachtung** und **allfällige Schlüsse informiert** werden. Es empfiehlt sich dabei, eigene Beobachtungen mit denen der Eltern zu Hause zu vergleichen und in Bezug zu setzen. Den Eltern soll mündlich ungefähr das mitgeteilt werden, was nachher im Bericht stehen wird. Dabei soll weder bagatellisiert noch übertrieben werden. Oft ist es auch wichtig, den Eltern allgemeine **Informationen über Psychomotoriktherapie** zu geben. Dies kann mündlich mit praktischen Beispielen und auch schriftlich in Form einer kleinen Broschüre geschehen. Bei unklarer Entscheid empfiehlt es sich, erst nach Einholen weiterer Informationen (Kindergarten, Ärztin...) einen endgültigen Vorschlag zu machen. Dies ist auch der Zeitpunkt, wo die Eltern um **Erlaubnis zum Einholen solcher Informationen gefragt werden müssen**. Dies gibt auch den Eltern und dem Kinde nochmals die Gelegenheit, „eine Nacht darüber zu schlafen“. In einem späteren Anruf kann die Frage dann zusammen geklärt werden. Natürlich ist es den Eltern in jedem Fall freigestellt, das Angebot der Therapie anzunehmen; dabei sollte auch das Kind in den Entscheid einbezogen werden. Gegen den andauernden Widerstand eines Kindes oder der Eltern kann keine Therapie gelingen. In diesem Sinne können wir den Eltern einfach eine Empfehlung geben, entscheiden müssen letztlich sie.

Gesprächsabschluss

Nach ca. 30-45 Minuten sollte das Gespräch zu einem Ende kommen. Dabei sollte die **Erwartungshaltung der Eltern** gegenüber der Therapie zur Sprache kommen. Nun werden Termine und weitere Kontakte geklärt: Wann hören Sie wieder von mir? Mit wem darf ich in der Zwischenzeit über das Kind sprechen? An wen geht der Bericht?.....

B) Allgemeine Grundsätze für jedes Gespräch

- **Vertraute Atmosphäre** schaffen, verstehende Grundhaltung (**Empathie**), Anliegen aufnehmen.
- Angemessene Formulierungen verwenden, **einfach und verständlich**.
- **Anliegen hinter der Formulierung zu verstehen suchen**, behutsam ansprechen.
- **Nicht werten**, oder sich klar bewusst machen, wo Werte ich warum?
- Keine Schuldgefühle erzeugen.
- Im Gespräch über Drittpersonen zuhören, aber **nicht verurteilend** beipflichten (LehrerInnen, ÄrztInnen, ...).
- Negative **Gefühle immer akzeptieren**, Gefühle sind immer wahr (Verständnis heisst nicht Billigung).
- Das Anders-sein des Gegenübers ertragen.
- **Keine ausfragende Haltung** annehmen, sich die Frage stellen: Warum will ich das wissen?
- Zu **Alltagsbeispielen und Erlebniserzählungen** ermuntern und trotzdem Überblick behalten durch Strukturieren und durch **Verbalisieren der Kernaussagen**.
- Eigene Person mit natürlicher Offenheit und Betroffenheit einbringen, ohne damit etwas zuzudecken oder zuviel Raum einzunehmen.
- Eigene **Subjektivität als Fachperson deklarieren**: „Meine persönliche Sichtweise...!“

Eigenes Reflektieren: Metakommunikation Umgang mit körperlicher und seelischer Resonanz

Schulz (1987) empfiehlt, immer mit „vier Ohren“ zu empfangen und sich dabei zu fragen, auf welcher Ebene man sich gerade befindet:

Sachebene	→ <i>So ist es!</i>	→ <i>Worüber ich informiere.</i>
Beziehungsebene	→ <i>So sehe ich das Gegenüber im Moment</i>	→ <i>Was ich von Dir halte, wie wir zueinander stehen.</i>
Selbstoffenbarung	→ <i>So ist mir zumute!</i>	→ <i>Was ich von mir selbst kundtue.</i>
Appellebene	→ <i>Ich wünsche!</i>	→ <i>Wozu ich Dich veranlassen möchte.</i>

Daneben ist es auch im Elterngespräch ratsam, die eigene **körperlich-seelische Resonanz** auf das Gespräch und die Gesprächspartner wahrzunehmen.

Körperliche Zeichen wie **Atemnot, Verspannungen, Leichtigkeit, aber auch Bilder, Gefühle, Erinnerungen und Impulse** sollen wahr- und ernstgenommen werden. Sie können wichtige **Hinweise** für das Verständnis der Situation des Kindes beinhalten.

C) Bogen zum Elterngespräch zur Psychomotorischen Abklärung

Anmeldung Datum			
Zuweisende Stelle/ AnmelderIn	Anmeldungsgründe	Vorinformationen	Spezielle Vorkommnisse

Personalien			
<u>Name</u>	<u>Vorname</u>	<u>Geburtsdatum</u> <u>Alter</u> <u>Klasse</u>	<u>IV-Nr</u>
<u>Name, Vorname : Mutter</u>	<u>Name , Vorname: Vater</u>	<u>Inhaber der „elterlichen Gewalt“</u>	<u>Familienname</u>
<u>Straße</u>	<u>Ort</u>	<u>Telefon</u>	
<u>LehrerIn</u>	<u>Schulhaus</u>	<u>Telefon Schule</u>	<u>Telefon privat</u>
<u>Weitere Kontaktpersonen</u> <u>Ärzte</u>		<u>Telefon</u>	
<u>TherapeutInnen</u>			
<u>ErzieherInnen, Beistand,...</u>			

Gesprächsthemen
Schwierigkeiten, die zur psychomotorischen Abklärung führten Gründe fürs Kommen? Warum mißfällt was wem? Wertmaßstäbe der Eltern, der Umgebung? Schuldgefühle? Hoffnungen?

Wesensart des Kindes <u>Vorlieben, Stärken, Schwächen, Eigenschaften, Gewohnheiten, besondere Verhaltensweisen, Auffälligkeiten</u> Selbständigkeit, Selbstanforderungen, Kontaktbereitschaft, Durchsetzungsvermögen, Integrationsfähigkeit, spricht viel - wenig, bewegt sich viel - wenig, Geduld - Unruhe, Umgang mit Spannung - Entspannung, Wachheit, Präsenz, Stimmungen, Neugierde, Frustrationstoleranz, Phantasien, Gedächtnis, Kreativität, Gestaltung,	
Beziehung Kommunikation Sprache Wahrnehmen Bewegen/ Handeln <u>Raum</u> <u>Zeit</u> <u>Energie</u> Fühlen Denken	<u>Hinweise zum Selbstkonzept des Kindes</u> „Psychomotorische“ Selbstwahrnehmung(Körper, Bewegung, Gefühle) Selbsteinschätzung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen Umgang mit Erfolg, Misserfolg Motivation, Lernneugier, Fremdbilder Problembewusstsein und Leidensdruck bei Kind und Umfeld Persönliche Ressourcen/Bewältigungsstrategien
Familiensituation und Lebensumstände Erziehungsverständnis (Stil, Rollenaufteilung), Zuwendung (Überbehütung – Ablehnung) Erwartungen ans Kind (Lebensplan?) Beziehungs- ,Kommunikationskultur in der Familie, Umgang mit Meinungsverschiedenheiten,	
Lebensform Eltern, Bezugspersonen des Kindes im Alltag, Berufstätigkeit und Freizeitinteresse der Eltern, Schichtzugehörigkeit, Umgang mit Massenmedien, <u>Soziales Netz der Familie</u> Wohnsituation (sozial und räumlich, Bewegungs- und Rückzugsmöglichkeiten), Verlauf des Alltags Verhältnis Geschwister untereinander, Rolle, Stellung des Kindes innerhalb der Familie (des Heims)	
Markante Veränderungen in letzter Zeit (Scheidung, Trennung, Umzug, Arbeitslosigkeit, Sucht, Krankheit, Todesfälle, usw.)	
<u>Diagramm der Familienkonstellation aufzeichnen</u> Netz der wichtigsten Beziehungen des Kindes (Vater, Mutter, Geschwister, Geschwisterreihenfolge, Großeltern, neue Partner in getrennten Familien, Freunde, Betreuungspersonen,), besondere Beziehungen zu einzelnen	
Ressourcen in Familie und Umfeld	
Systemische Überlegungen nach dem Gespräch: Funktion der Symptome im Familiensystem	

Entwicklung des Kindes	
Schwangerschaft	Verlauf, Erleben, Besonderheiten, Erwartungen, Wunschkind?
Geburt	Termin, Verlauf, Dauer, Komplikationen, Sauerstoffmangel, Gewicht,
Säuglingszeit	stillen, trinken, schlafen -- greifen, Kopfkontrolle, drehen, krabbeln, sitzen, stehen -- horchen, schauen -- schreien, lallen -- Vitalität, Sensibilität -- Lächeln, Blick, Fremden
Entwicklung bis Schuleintritt nach Bereichen	
Beziehung und Sprache	Sprachbeginn, Wortschatz, Beziehungen zu Eltern, Geschwistern, Altersgenossen, Fremdpersonen, Auffälligkeiten
Selbständigkeit	alleine spielen, sauber werden, sich anziehen, Schuhe binden, auswärts schlafen, alleine in die Ferien
Wahrnehmen	hören, sehen, spüren, ... reagieren, Blickkontakt, Form, Lagedifferenzierung, ...
Bewegen, Handeln <u>Raum</u> <u>Zeit</u> <u>Energie</u>	gehen, Treppen gehen, hantieren, trinken, essen, schlafen, spielen
Fühlen	Vorlieben, Ablehnung, Trotz, Stimmungen,
Denken	Gedächtnis, Nachahmung, Phantasie, Fragen/ Interessen, Spielniveau, Aufgabenverständnis
Körperlich- vegetative Konstitutionen, medizinische Angaben	Ernährung - Verdauung, Atmung, Allergien, Krankheiten, Unfälle, Hospitalisation, Operationen, Beeinträchtigungen (Sinne, Organe,...), Traumata, usw.

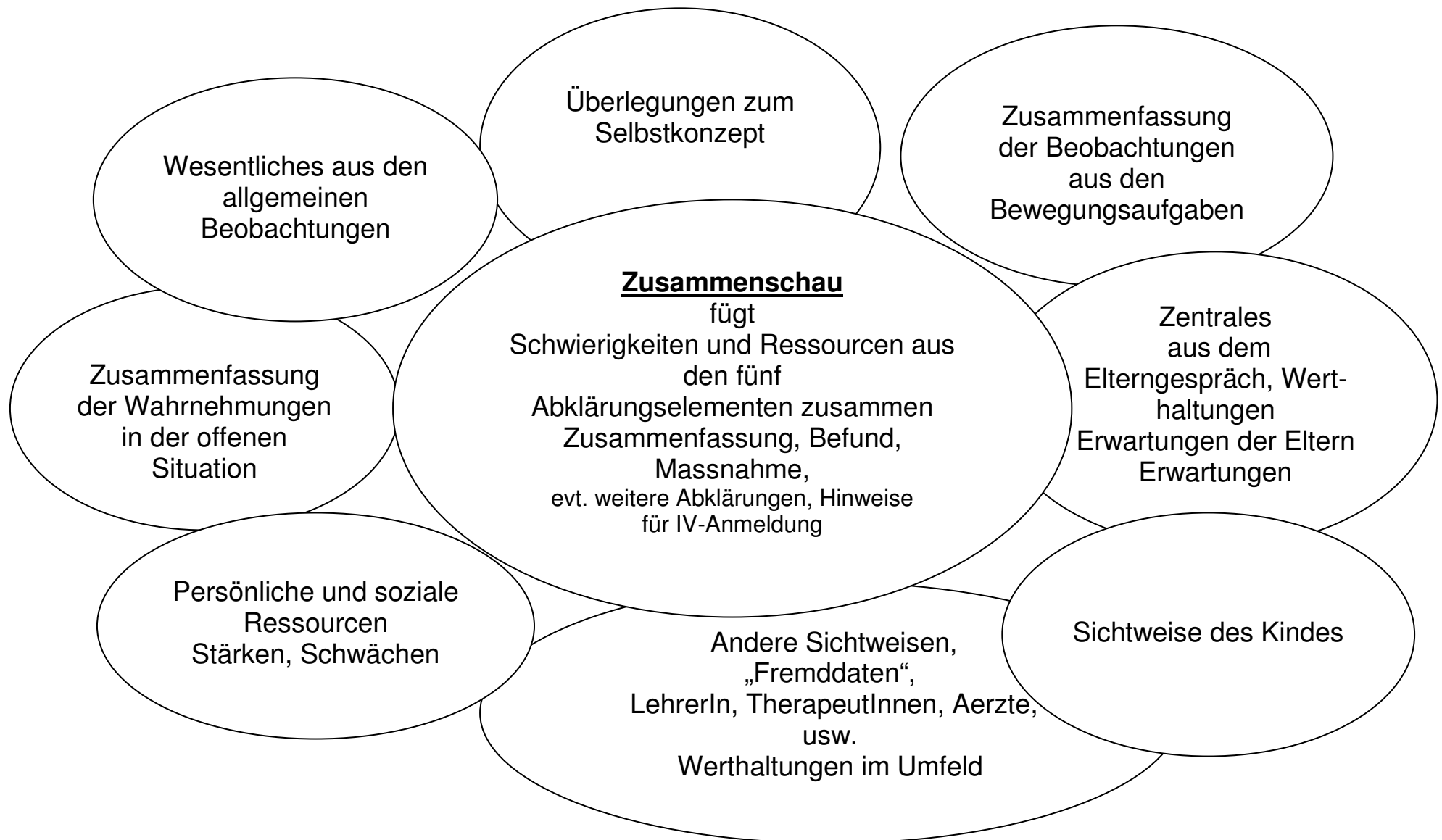
Kindergarten/ Schule Sichtweise der Eltern	Spiel- und Lernverhalten, Beziehung zu Lehrperson, zu Kindern, Begabung, Vorlieben, Abneigungen, Konzentration, Arbeitshaltung, Aufgabenverständnis, Über-/ Unterforderung, Schulschwierigkeiten, Haltung der Eltern zur Lehrperson, zur Schule allgemein, Zusammenarbeit Familie-Schule	
Kontakt zu anderen Kindern Schule, Freizeit	Kontaktmöglichkeiten, Beziehungen, Art der Kommunikation, Kindergruppen, Freunde	
Freizeitgestaltung	Spielplätze, Spielmöglichkeiten, Spielinteressen, Vorlieben (drinnen, draußen), Rollenspiele, Phantasietätigkeit, Zeichnen, Malen, Gestalten, Sportvereine, Kindergruppen, Computer, Fernsehen, Lesen... Familienfreizeit	
Spezielle Situation bei Ausländerkindern	Sprachprobleme, Integration, Sprache der Eltern, zusätzliche Sprachschulen, Bezug zum Heimatland, Perspektiven der Familie	
Fördergruppen/Therapien	abgeschlossene oder laufende Hilfen	
Besprechung der Bewegungsbeobachtung Informationen über Therapie einfließen.	Reaktion der Eltern, Einstellung und Erwartungshaltung an die Psychomotoriktherapie	
Spezielle Beobachtungen, Anliegen, Vorkommnisse, von denen sie möchten, dass ich informiert bin	traumatische Ereignisse?	
Vereinbarungen	Welche Bezugspersonen sollen informiert werden? Wer informiert wann wen? Kontakt mit anderen Fachleuten Auskunfts berechtigung für weitere Gespräche einholen!	
Ich melde mich bis:	Massnahmeentscheid bis:	Therapiebeginn versprochen bis:

Hilfsblatt für weitere Gespräche mit LehrerInnen, ErzieherInnen, Fachpersonen, usw...

<u>Medizinische Angaben</u>	<u>Wahrnehmung</u> (sensorisch) auditiv	<u>Körpererleben</u> allgemein	(motorisch) R – Z – E	<u>Grobmotorik</u>	<u>Feinmotorik</u>
	visuell				
<u>Geburt und Entwicklung</u>	taktil				<u>Grafomotorik</u>
					
<u>Familie, Umfeld</u>				<u>Sprache</u>	
		Informationen aus Gespräch mit.....über..... Einstellungen der Auskunftsperson			<u>Denkfähigkeit</u> (kognitiv)
<u>Sozialverhalten Beziehungen</u> Wichtige Freundschaften		<u>Ressourcen</u>	<u>Emotionen</u> (affektiv)	<u>Hinweise zum Selbstkonzept</u>	
				<u>Lernverhalten, Aufnahmefähigkeit</u>	
<u>Vorlieben/Stärken</u>					<u>Spielverhalten</u>
		<u>Entwicklungsthemen:</u>			

5. Abklärungselement: Zusammenschau / Hinweise zum Abklärungsbericht

A) Übersicht, Zusammenschau



B) Hinweise zum Abklärungsbericht

Nach Abschluss von Eltern- und Umfeldgesprächen geht es darum, die Informationen aus den verschiedenen Elementen zu einer „Zusammenschau“ zusammenzufügen. Dies ist der schwierigste und zugleich wichtigste Teil der Abklärungsarbeit und es tut gut, die einzelnen Notizen nochmals zu überblicken. In der Praxis muss man oft diesen Teil beim Abschluss des Elterngesprächs ohne Umfeldgespräche schon ein Stück weit vorausnehmen. Es ist aber meist für beide Seiten vorteilhaft, wenn nach der Erstbegegnung vereinbart wird, dass weitere Umfeldgespräche stattfinden können und dass **in einem telefonischen Nachgespräch mit den Eltern die Massnahme definitiv entschieden wird**. Dies wird in der Regel auch von Eltern und Kindern geschätzt, welche so die **Erstbegegnung auf sich wirken lassen können**.

Beim Abfassen des Abklärungsberichtes geht man am besten so vor, dass **zuerst der Anhang**, also die detaillierten Beobachtungen zu den einzelnen Abklärungsbereichen und zu den Übungen stichwortartig oder in Sätzen ins Reine geschrieben werden, um daraus **dann mit Hilfe** des nun folgenden **Leitfadens das zusammenfassende erste Blatt** des Berichtes aufzusetzen. Je nach EmpfängerIn kann dann nur diese erste Seite mit allen wichtigen Daten abgegeben, oder aber die detaillierten Beobachtungen noch dazugegeben werden.

Da in den Eltern- und Umfeldgesprächen oft sehr wichtige **persönliche Dinge** angesprochen werden, die unter Umständen einen entscheidenden Einfluss auf den Massnahmeentscheid haben, stehen wir beim Abfassen des Berichtes einem gewissen **Dilemma** gegenüber. Einerseits wäre eine wirkliche „Zusammenschau“ nur unter Einbezug all dieser Informationen vollständig und nachvollziehbar, andererseits **verlangt der Schutz der Persönlichkeit von Eltern und Kind eine hohe Diskretion**. Im Psychomotorischen Abklärungsbericht erscheinen deshalb nur zum Verständnis der Massnahme notwendige **Informationen aus Eltern- und Umfeldgesprächen und zwar so sorgfältig formuliert, dass alle Beteiligten, die ja in der Regel den Bericht erhalten, dahinterstehen können**.

Trotzdem kann der Abklärungsbericht nie alle vollständigen Überlegungen und Informationen, die zur Massnahme führen, wiedergeben. Sie bleiben in den Akten der TherapeutIn, müssen ihr aber bewusst sein.

Die folgende Aufstellung und das beigefügte Beispiel eines Abklärungsberichtes sollen als Anregung verstanden werden. Natürlich wird jede TherapeutIn in ihrem Umfeld (oft auch von einer Stelle vorgegeben) dann ihre eigene Art „Bericht“ entwickeln.

Von der Darstellung her empfiehlt es sich, **auf der ersten A4-Seite die Daten und die Zusammenfassung** zu notieren. In einem **ergänzenden Beiblatt folgen dann die detaillierten Beobachtungen**. Für bestimmte Zwecke kann somit nur das erste Blatt abgegeben werden. In der Praxis bewährt es sich darum, die beiden Teile auf je einer A4 Seite unterzubringen.

C) Leitfaden für die Zusammenfassung des Abklärungsberichtes

Problemstellung

Anmeldungsgrund, evt. spezielle Fragestellung

Allgemeine Beobachtungen

Aussehen, Körperhaltung

Psychomotorische Grundgestimmtheit, Ausdruck

Beziehung zu sich, Begleitperson, TherapeutIn, Material

Wahrnehmen, fühlen, denken, handeln, besondere Stärken

Hinweise zum Selbstkonzept und zu speziellen Ressourcen des Kindes

Spielbeobachtung

Spielgestaltung, Kreativität, Strukturierung,

Beziehung, Selbständigkeit, Interaktion, tonisch emotionaler Dialog, Körpereinsatz

Spezielle (Entwicklungs-)Themen, falls sie sich zeigen

Grobmotorik / Körper- und Raumorientierung

Grobmotorische Gesamtkoordination → zeitlich, energetisch, räumliche Anpassung

Koordination der Beine

Bodenbezug

statisches, dynamisches Gleichgewicht, vestibuläre Wahrnehmung

Verspannungen und Mitbewegungen

Körperorientierung, propriozeptive Wahrnehmung

Raumorientierung

Feinmotorik/ Grafomotorik/ und damit verbundene Wahrnehmungsprozesse

Feinmotorische Gesamtkoordination, Praxie → zeitlich, energetisch, räumliche Anpassung

Taktil-kinästhetische Wahrnehmung

Visuelle Wahrnehmung (evtl. auditive Wahrnehmung)

Hand-Handkoordination, Aug-Handkoordination

Fingerbewegungen

Lateralität: Unabhängigkeit der Seiten, re-li Zusammenspiel, Handdominanz

Grafomotorik: Sitz-, Arm-, Stifthaltung, Strichführung (Tonus, Präzision), Handdominanz

Formfassung und Formwiedergabe

Hinweise zum zeichnerischen Ausdruck

Informationen aus den Umfeldgesprächen

Wahrnehmungen von Eltern und Lehrpersonen in Schule und Familie

Selbstkonzept, Ressourcen des Kindes

Befund/Massnahme

Hier kann für Stellen, welche das wünschen, ein Erscheinungsbild, sonst eine Kurzbeschreibung der Schwierigkeiten mit Hinweisen zu Leidensdruck, Selbstkonzept, Ressourcen des Kindes angegeben werden. Es folgt die Massnahme, evtl. deren kurze Begründung, sowie mögliche erste Arbeitsschwerpunkte (Informationen aus den Umfeldgesprächen deklarieren).

Schwerpunktmässig zu beobachten, wahrzunehmen

Anmeldung, evt. Telefongespräche im Vorfeld

Ganze Abklärung Anfang, Umziehen, Pausen, Schluss,

freie Spielphase

strukturierte Bewegungsaufgaben

freie Spielphase, Pausen, während Elterngespräch

strukturierte Bewegungsaufgaben, freie Spielphase

Gehen, Hopper, Sprünge, Rollen

Sprung auf - zu, Sprünge

Liegen, Krabbeln, Gehen

Einbeinstand, Einbeinsprung, Sprünge

Sprünge, Einbeinstand,

Körperstellungen blind und visuell

Raumwege gehen

strukturierte Aufgaben, freie Spielphase, Umziehen

Ablösen, Schneiden, Falten, Bauen, Kleber abreißen

Greifen, Holzklötze, Tasten, zeichnen

Ballprellen, Strich durch Strasse

Fangen, Bauen, Falten, Schneiden, Ballprellen,

Daumen – Finger - Übung

Drehbewegung der Hand, Schneiden, Fangen,

Bogen zeichnen, Zeichnen, Schreiben

Formfassung-, Formwiedergabeübungen

Menschzeichnung, weitere Zeichnungen, Gespräche

Eltern und Lehrergespräche

D) Hinweise für das Vorgehen beim Schreiben von Abklärungsberichten

1. Gedächtnisnotizen ergänzen

- Die Notizen auf dem Abklärungsbogen durch Gedächtnisnotizen ergänzen: Einzelheiten, Aufgaben, Details, allgemeine Gefühle und Gedanken zum Kind und zum Abklärungsverlauf gleich danach notieren.

✍ ✍ Übungsmöglichkeiten:

Nehmen Sie ein leeres Blatt Papier, lassen Sie die letzte Abklärung vor Ihrem geistigen Auge vorbeiziehen und notieren Sie Gedanken, Gefühle, Beobachtungen stichwortartig durcheinander! (Oft ist es erstaunlich, was man noch alles weiss). Ordnen Sie danach die Informationen den entsprechenden Bereichen zu.

2. Detaillierte Beobachtungen

- Niederschrift der detaillierten Beobachtungen. Evtl. auch Spielsituation und allgemeine Beobachtungen zuerst einmal vorformulieren.
- Die **Ausführlichkeit** hier richtet sich natürlich nach den in der Beobachtung einbezogenen Kriterien. Sicher ist es nicht möglich, zu allen Kriterien etwas zu notieren, andererseits reicht es auch nicht, einfach überall zu schreiben „gelingt“, „gelingt nicht“. **Gehaltvollen Mittelweg finden!**
-  Hinweis für das Arbeiten mit Computer: Tabelle benutzen, *Dokumentvorlagen* erstellen (Blocksatz, Silbentrennung und Rechtschreibung in der Grundeinstellung zu haben ist vorteilhaft und arbeitssparend)

✍ ✍ Übungsmöglichkeiten:

a) Beobachtungskriterien vor einer Abklärung wieder mal studieren, persönliche Liste von möglichen aussagekräftigen Formulierungen anlegen.

3. Briefkopf mit Daten

- Briefkopf mit Daten sinnvoll und platzsparend gestalten, am besten als wiederverwendbare Vorlage: „Abklärungsbericht“ (vgl. Handuch S. 92)

✍ ✍ Übungsmöglichkeiten:

Einmal eine für den Arbeitsplatz sinnvolle Dokumentvorlagen erarbeiten oder eine bestehende übernehmen.

4. - 9. Schritt: Zusammenfassung schreiben

Dies ist die zentrale und schwierigste Aufgabe. Dazu bitte den **Leitfaden auf S. 87** verwenden und für die einzelnen Teile Folgendes beachten:

4. Allgemeine Beobachtungen

- Die Frage, ob hier detaillierte Beobachtungen aufnotiert und nachher gekürzt werden sollen, oder direkt eine gekürzte Fassung in die Zusammenfassung kommt, muss jedeR für sich lösen (evtl. auch je nach Abklärung).
- Der Leitfaden schlägt folgende Inhalte vor:
(→vgl. auch Handbuch S. 21 – 22)
 - **Aussehen, Körperhaltung**
 - **Psychomotorische Grundgestimmtheit, Ausdruck**
 - **Beziehung zu sich, Begleitperson, TherapeutIn, Material**
 - **Wahrnehmen, fühlen, denken, handeln/bewegen** → **Raum, Zeit, Energie** (beinhaltet allgemeine Hinweise auf das Bewegungsverhalten, das sich während der ganzen Abklärung zeigt, z.B. Langsamkeit, hoher Tonus, ...)
 - **Hinweise zum Selbstkonzept und zu speziellen Ressourcen des Kindes**
 - **besondere Stärken**
- Es versteht sich von selbst, dass hier aus der Fülle der Kriterien vgl. S. 21-22 im Handbuch/resp. Formulierungsbogen je nach Beobachtungen eine entsprechende Auswahl getroffen werden muss. Informationen zu obigen Punkten haben sich aber in der Praxis bewährt:

Wichtig! Die allgemeinen Beobachtungen sollten geordnet sein (z.B. nach den obigen Oberbegriffen) und nicht durcheinander Informationen zu Beziehung, emotionale Befindlichkeit, Aussehen usw. enthalten → Hilfe: Oberbegriffe am Rand als Überprüfung notieren

✍️ Übungsmöglichkeiten: Berichtebeispiele

Ist hier wohl zum Wesentlichen Stellung bezogen?(Leitfaden) Was fehlt? Was ist zuviel? Wiederholungen? Anschaulichkeit? Ordnung? Sprache? Notieren Sie seitlich Oberbegriffe über Ihre Aussagen: So kommen Sie Wiederholungen, Unordnungen oder Aussagenleeren auf die Spur!

5. Spielsituation

- Hier würde ich bei den detaillierten Beschreibungen den Verlauf notieren und in der Zusammenfassung zu den im Leitfaden vorgeschlagenen Punkten Stellung nehmen:
 - **Spielgestaltung, Kreativität, Strukturierung**
 - **Beziehung, Selbständigkeit, Interaktion, tonisch emotionaler Dialog, Körpereinsatz**
 - **Welche Rolle wird mir zugeschoben? Auftauchende Gefühle, Ahnungen?**
 - **Spezielle (Entwicklungs)-themen herausarbeiten, falls sie sich zeigen**
- Was gehört wohin (allgemeine Beobachtungen oder Spielsituation)? Wiederholungen vermeiden!
- Detailliert → zusammengefasst, guten Modus finden
- Verschiedene Verbindungen, Möglichkeiten diskutieren, evtl. je nach Situation anders handhaben?

☞☞ Übungsmöglichkeiten: Berichtebeispiele

- a) Überprüfung geschriebener Zusammenfassungen: Erhalten Sie Informationen zu den obigen Kernpunkten? Wird die Situation anschaulich? Werden wirklich Beobachtungen über das Kind in der Situation beschrieben oder nur äusserliche Abläufe? Welche Themen könnte man formulieren?
- b) Beispiele detaillierter Beschreibungen in Zusammenfassungen umsetzen.

6. Grobmotorik/ Körper- Raumorientierung

- In Zusammenfassung Übungen nicht serienmässig erwähnen, Behauptung wird ja mit detaillierten Aussagen belegt, also statt „...der Einbeinstand gelingt ohne nennenswerte Ausgleichsbewegungen und Paula hüpfte sicher auf einem Bein → Statische und dynamisches Gleichgewicht werden sicher gehalten.“
 - **Grobmotorische Gesamtkoordination → zeitliche, energetische, räumliche Anpassung**
 - **Koordination der Beine**
 - **Bodenbezug**
 - **Statisches, dynamisches Gleichgewicht, vestibuläre Wahrnehmung**
 - **Verspannungen und Mitbewegungen**
 - **Körperorientierung, propriozeptive Wahrnehmung**
 - **Raumorientierung**

☞☞ Übungsmöglichkeiten: Berichtebeispiele

- a) Überprüfung geschriebener Zusammenfassungen: Erhalten Sie Informationen zu den obigen Oberbegriffen? Sind keine zu detaillierten Übungsbeschreibungen mehr drin. Verdichtungsmöglichkeiten?
- b) Beispiele detaillierter Beschreibungen in Zusammenfassungen umsetzen!

7. Fein-/Grafomotorik und damit verbundene Wahrnehmungsprozesse

In Zusammenfassung Übungen nicht serienmässig erwähnen, Behauptung wird ja mit detaillierten Aussagen belegt, also z.B. „schlechte Kraftdosierung, Schwierigkeiten mit der visuellen Konzentration“, statt „Prellen gelingt nicht“.

- **Feinmotorische Koordination, Praxie → zeitliche, energetische, räumliche Anpassung**
- **Taktil-kinästhetische Wahrnehmung**
- **Visuelle Wahrnehmung, (evtl. auditive Wahrnehmung)**
- **Aug-Handkoordination, Hand-Handkoordination**
- **Lateralität: Unabhängigkeit der Seiten, re-li Zusammenspiel, Handdominanz**
- **Grafomotorik: Sitz-, Arm-, Stifthaltung, Strichführung (Tonus, Präzision), Handdominanz**
- **Formfassung und Formwiedergabe**
- **Hinweise zum zeichnerischen Ausdruck**

☞☞ Übungsmöglichkeiten: Berichtebeispiele

- a) Überprüfung geschriebener Zusammenfassungen: Erhalten Sie Informationen zu den obigen Oberbegriffen? Sind keine zu detaillierte Übungsbeschreibungen mehr drin? Verdichtungsmöglichkeiten?
- b) Beispiele detaillierter Beschreibungen in Zusammenfassungen umsetzen!

8. Informationen aus Umfeldgesprächen

Kurze zusammenfassende Angabe für den Entscheid relevanter Aussagen aus Umfeldgesprächen, soweit Eltern, Lehrer, „„ einverstanden (nachfragen - je nach Therapiestelle nicht im Abklärungsbericht)

- **Sichtweisen deklarieren: In indirekter Rede mit Deklaration der Aussagen laut Mutter.....**
- **Sorgfältiger Umgang mit Fremddaten (nachfragen, ob sie eibezogen werden können.**

9. Zusammenschau, Befund/Massnahme

Es gibt Stellen, welche hier Erscheinungsbilder verlangen.

Hier geht es um eine Kurzbeschreibung allfälliger psychomotorischer Schwierigkeiten des Kindes in einem Satz. Dieser wird ergänzt durch eine Aussage zum allfälligen Leidensdruck von Kind und Umfeld, oder einem zentralen Hinweis zum Selbstkonzept und zu den persönlichen und sozialen Ressourcen, sowie die Massnahme (evtl. deren kurze Begründung) mit allfälligem Therapiebeginn

→ Informationen aus den Umfeldgesprächen deklarieren!

- **Zusätzlich sollen mögliche erste Schwerpunkte für die Begleitung formuliert werden.**

☞☞ Übungsmöglichkeiten:

- a) Beispiele verschiedener Befunde vergleichen, diskutieren, neu formulieren.
- b) Zu ganzen Zusammenfassungen Befunde formulieren.

10. Schlusskontrolle, Überarbeitung des ganzen Berichtes

☞☞ Übungsmöglichkeiten: Berichtebeispiele

- a) Ganze Abklärung nach Wiederholungen absuchen, Formulierungen verbessern.
- b) Zusammenfassung nach Gehalt/Aussagekraft, Wiederholungen, Anschaulichkeit, Formulierung überprüfen.

E) Beispiel eines Abklärungsberichtes → Zusammenfassung und detaillierte Beobachtungen in der Regel auf je einer A 4 Seite

Stadt St. Gallen

Schulgesundheitsdienste

Mathias Weibel
Psychomotoriktherapie

Zillweg 15
9016 St. Gallen

Telefon 288 39 73 (Mo-Mi)
245 17 08 (privat)

Anschrift der TherapeutIn, der Therapiestelle

Anschrift der AnmelderIn

Datum, wann Bericht verfasst wurde

Hinweis auf Vertraulichkeit des Berichtes

Angaben übers Kind, Geb-Datum, Adresse, Telefon, Schule, Klasse, Lehrer evt. IV-Nr.

**Datum vom Eingang der Anmeldung
Datum der Abklärung**

**Kurzer Hinweis zu Problemstellung
und Anmeldunasarund**

Hinweis auf detaillierte Angaben, falls diese mitgeschickt werden

Zusammenfassung der allgemeinen Beobachtungen

**Zusammenfassung der Beobachtungen zur
Situationsituation, Spielthemen**

Hinweise aufs Selbstkonzept

**Zusammenfassung der Beobachtungen in
Grobmotorik, Raum- u. Körperorientierung**

**Zusammenfassung der Beobachtungen in
Fein-, Grafomotorik und der damit verbundenen Wahrnehmungsprozesse**

**Kurze Informationen aus Umfeldgesprächen,
Deklaration – (Nachfragen!)**

**Beurteilung, Befund, Massnahmen, Entscheidung
Therapie ja/nein, Therapiebeginn**

**Hinweis auf KopieempfängerInnen (AnmelderInnen,
weitere Stellen /Fachpersonen je nach Fall, Institution)**

Grußformel, Unterschrift der VerfasserIn

Eigennamen und Daten sind geändert!

Vertraulich!

Bericht über die Psychomotorische Abklärung von

Andy Meier
geb. 12.1.94

Hauptstr. 28, 9008 St. Gallen Tel: 222 22 22
2. Kiga, Frau Muster, Kiga Unterstrasse
IV - Nr. XXX XXX XXX

Anmeldung: 23.1.99

Abklärung: 1.3.99

Problemstellung:

Andy wurde von der Kindergärtnerin wegen seiner Bewegungsschwierigkeiten und seinen Problemen mit dem Redefluss angemeldet. Die Eltern möchten wissen, ob eine Psychomotoriktherapie in diesem Fall jetzt oder später sinnvoll und möglich wäre.

Zusammenfassung (detaillierte Beobachtungen im Anhang)

Allgemeine Beobachtungen und freie Spielsituation

Andy, ein aufgeweckter Junge mit wachen klaren Augen, begegnet mir eher zurückhaltend und sucht immer wieder die Nähe der Mutter. Er zieht sich selbständig etwas bedächtig um und lässt sich dabei in Gespräche mit mir ein. Dabei fällt mir auf, dass sein Redefluss manchmal unterbrochen ist. Andys Grundtonus ist eher schlaff, seine Bewegungen wirken zurückhaltend. Er bewegt sich kleinräumig.

Andy baut nach kurzen Kletterversuchen ausdauernd an einem Schloss aus Schaumstoffklötzen, in dem mit einer Goldmaschine aus Gift Gold hergestellt wird. Andy wirkt im Spiel beweglich und phantasievoll, er kann seine Idee ausgestalten, dranbleiben, alleine arbeiten und mich auch gut einbeziehen. Andy nimmt eine gestaltende Rolle ein, bleibt im Dialog aber offen. Seine anfängliche Scheuheit geht im Spiel weg und er reagiert entschiedener und selbstverständlicher als zu Beginn. Die Themen „Bauen, Umbauen, Drinnen und Draussen sein, Etwas Herstellen“ scheinen ihn heute zu faszinieren.

Beim Übergang zu den Bewegungsaufgaben holt sich Andy wieder die Mutter. Neues Unbekanntes, das von ihm auf der motorischen Ebene verlangt wird, scheint ihn zu verunsichern. Andy nimmt seine Schwierigkeiten in der Bewegung sehr genau wahr. Öfters sagt er im voraus, dass er dies nicht könne. Er schätzt sich dabei meist richtig, teils eher etwas unter seinen Möglichkeiten ein.

Grobmotorik/ Raumwahrnehmung/ Körperorientierung

Andys Haltung mit dem nach vorne gekippten Becken, dem Hohlkreuz und dem vorgeschobenen Bauch wirkt etwas überspannt und steht in einem gewissen Widerspruch zu seinem eher schlaffen Grundtonus. Er hält das statische Gleichgewicht mit leichten Unsicherheiten gut, das dynamische ist stark verunsichert. Bei automatisierten Bewegungen und Sprüngen zeigen sich deutliche Koordinationsschwierigkeiten, eine gewisse Schwerfälligkeit, sowie starke unwillkürliche tonische Reaktionen in den übrigen Körperbereichen. Andy orientiert sich sicher im Raum und auch am eigenen Körper.

Feinmotorik/Grafomotorik/ und damit verbundene Wahrnehmungsprozesse

Im Umgang mit dem Ball bereitet Andy die Aug- Handkoordination, also die Kraftdosierung sowie die visuelle Konzentration Mühe. Eine leicht erschwerte tonische Anpassung (eher zu schlaff) zeigt sich auch bei feinmotorischen Aufgaben. Er arbeitet oft beidhändig, in der Grafomotorik aber eindeutig rechts. Mit einem Vierpunktegriff, einer aufrechten, leicht überspannten Haltung gelingt eine recht gute Strichführung bei eher schwachem Tonus. Formfassung und Wiedergabe sowie der zeichnerische Ausdruck sind altersentsprechend.

Informationen aus Umfeldgesprächen

Laut Mutter gehe Andy immer am Donnerstag nicht gerne in die Schule, weil da Turnen sei. Er spüre sehr genau, wenn etwas nicht gelinge und vermeide oft Herausforderungen, die er eigentlich könnte. In Konfliktsituationen könne er sich wenig durchsetzen, sei in Gruppen aber sehr kooperativ.

Befund/Massnahme

Andy hat Psychomotorische Schwierigkeiten. Leicht hypoton scheint er sich für die aufrechte Haltung bis zum Hohlkreuz zu überspannen. Er hat Schwierigkeiten im dynamischen Gleichgewicht, Koordinationsschwierigkeiten, sowie eine erschwerte tonische Anpassung, die sich auch auf die Feinmotorik auswirkt. Andy nimmt seine Schwierigkeiten sehr klar wahr und vermeidet Herausforderungen auf dieser Ebene eher. Psychomotoriktherapie zu Beginn einzeln, später vermutlich in einer geeigneten Kleingruppe. In Absprache mit der Logopädin, die auf eine baldige Therapie plädiert, wird der Psychomotoriktherapie der Vorzug geben, um eine allfällige logopädische Arbeit am Redefluss vorzubereiten oder zu unterstützen. Später kann Logopädie dazukommen oder die Psychomotoriktherapie ablösen. Therapiebeginn 24.8.99.

Kopien an:

Frau Dr. med. B. Halter, Schulärztin
Familie Meier, Eltern

Mit freundlichen Grüßen
Mathias Weibel

Anhang: Detaillierte Beobachtungen (Andy Meier 12.1.94)

Spielsituation

Andy entscheidet sich, mit der Spielsituation zu beginnen. Zuerst bewegt er sich recht unsicher und zögernd an den Klettergerüsten. Dabei geht er sehr vorsichtig vor, steigt aber schliesslich auf den Kasten und rutscht vorsichtig die Rutsche hinunter. Bald äussert er die Idee, ein Schloss zu bauen. Er packt die Aufgabe recht selbständig an, und kann sich nach und nach einen Innenraum gestalten. Er weicht dabei von seiner urprünglichen Idee, ein Kindergartenspiel nachzumachen, ab und gestaltet eine eigene Geschichte. Während er anfangs meine Hilfe eher ablehnt, bezieht mich Andy mehr und mehr in den Bau und ins Spiel mit ein. Es entstehen ein Wohnraum, eine Schatzkammer, Tore und eine Goldmaschine. In einer kurzen Spielsequenz soll ich zu Besuch kommen und er zeigt mir die Funktion seiner Goldmaschine. Das Besondere ist, dass es zur Goldherstellung Gift braucht. Dazwischen nimmt Andy nochmals das Klettern auf, er ist jetzt viel mutiger und steigt auf verschiedenen Wegen auf die Kästen. Schliesslich bekomme ich eine Goldmaschine geschenkt und bei einem Besuch leitet mich Andy in der Goldherstellung an.

Strukturierte Bewegungsaufgaben

Grobmotorik/ Raumwahrnehmung/ Körperorientierung

Stehen	Steht mit stark vorgekipptem Becken, leicht vorgestrecktem Bauch im Hohlkreuz
Gehen/ Laufen	Recht tiefer Gang, in den Knien, stark vorgekipptes Becken, Arme schwingen mit, Achse aufrecht, aber hohles Kreuz.
Einbeinstand	Links über 10 Sek, leicht nach innen verdrehtes Gegenbein, rechts ca. 8 Sek. Nach innen verdrehtes Gegenbein
Raumwege gehen	Andy behält auch bei 7 Reifen gut den Überblick. Ahmt auch komplexere Raumwege gut nach. Erst zweimaliges Überkreuzen der Wege kann er nicht mehr behalten.
Hopser	Gelingt nicht auf Anhieb, versucht Galopp, bei späteren gemeinsamen Versuchen gelingt eine stockende, kurze simultane Übernahme des Musters, alleine kann er es nicht fortsetzen
Galopp	Sehr flacher, teils arrhythmischer Galopp, wenig Sprunghöhe, verspannte Hände
Einbeinsprung	Andy sagt, er könne das nicht, auf dem linken Fuss gelingen 2-3 Hüpfen, Andy schaut aber demotiviert weg und muss immer wieder zu Versuchen angehalten werden, rechts gelingt Einbeinhüpfen gar nicht, Versuche rufen starke Verkrümmungen und Verspannungen im ganzen Körper hervor.
Sprung auf - zu	Kann an Ort das Muster langsam übernehmen, bei Beschleunigung gelingt es aber nicht mehr regelmässig. In der Seilstrasse gelingen langsame Sprünge anfangs recht gut, sie wirken aber hart, die Beine sind verspannt. Die Füsse landen meist rechts zuerst. Mit der Ermüdung treten grosse Unregelmässigkeiten und Gleichgewichtsverluste auf. Starke verspannte Mitbewegungen der Arme und verspannte Verdrehungen im Oberkörper und Beckenbereich.
Körperstellung Fersensitz	Übernimmt einfache und überkreuzte Stellungen direkt und aus dem Gedächtnis recht gut.
Liegen	Beim Sich Hinlegen zeigen sich leichte Orientierungsprobleme, Grundtonus eher schlaff
Berührte Stellen	Findet berührte Stellen blind präzise wieder
Körperstellung blind	Findet auch komplexe Stellungen blind wieder.

Detailliertere Notizen zur Spielsituation oder zu den allgemeinen Beobachtungen

Feinmotorik, Grafomotorik und damit verbundene Wahrnehmungsprozesse

Ball fangen-werfen	Fängt teils ohne Brustkontakt mit dem Ball, leichte Verunsicherungen in der Hand-Hand- und der Aug-Handkoordination, beidhändiges Werfen recht sicher
Prellen einhändig	Wählt spontan linke Hand, wechselt dann aber ab. Prellen gelingt nur in ganz unbeholfenen Ansätzen, nach 1-2 Prellern verliert er den Ball. Probleme mit Kraftdosierung und visueller Konzentration, tonische Anpassung der Hände gelingt nicht. Schlaffe Hände.
Daumen-Finger-Versuch	Links: langsame, lockere Bewegungen, leichte Fehler, kaum Verspannungen oder Mitbewegungen in Gegenhand. Rechts: teils stockende Bewegungen, Verspannungen der Finger, keine nennenswerten Mitbewegungen Verspannungen der Gegenhand
Drehbewegung	Drehbewegung gelingt links wie rechts mit leichter Beschleunigung, aber einer kleinen Hin- und Herbewegung des Ellbogens, keine Mitbewegungen der Gegenseiten. Hände eher schlaff.
Bauen mit Holzklötzen	Greift und baut beidhändig, Hände sind schlaff, feine Anpassung beim Bauen leicht erschwert, es gelingt doch ein hoher Turmbau
Kleber abreißen	Arbeitet linksdominant mit auf den Tisch aufgelegter Kleberolle, Dosierung gelingt gut.
Bogen zeichnen	Andy zeichnet in sehr aufrechter, fast überstreckter Sitzhaltung ganz ruhig die Bogen. Er arbeitet immer rechtshändig. Er hält den Stift in einem Griff zwischen Mittel-, Zeigefinger und Daumen recht locker, wobei der Ringfinger noch ein bisschen mitstützt. Teils abgehobenes Handgelenk. Ein anfänglich mittlerer Tonus schwächt sich im Laufe der Zeile ab, wobei auch die Präzision etwas abnimmt und Andy die Bogen nicht mehr zu den Punkten führt. Der Strich wirkt aber doch sicher und fährt nicht aus. Andy kann den Stift mit guter Fingerbeweglichkeit nachfassen.
Formerfassung/Wiedergabe	Formerfassung und Wiedergabe bei vorgezeichneten Formen gelingen gut.
Zeichnerischer Ausdruck, Menschzeichnung	Geht sofort und motiviert an die Arbeit, zeichnet schnell Beine mit starkem Druck, dann Bauch Kopf und Gesicht mit mittlerem Tonus. Es entsteht ein lachende dreigliedrige Figur mit dickem Bauch. Am Schluss weist Andy auf den eingezeichneten Bauchnabel hin. Andy kann schon seinen Namen schreiben. Er schreibt und zeichnet rechts.

Notizen zu den einzelnen Aufgaben, stichwortartig oder in Sätzen, sie können in der Reihenfolge, wie sie im Abklärungsbogen aufgeführt sind, notiert werden.

Begriff der Psychomotorischen Störung - psychomotorischen Schwierigkeit

1. Psychomotorische Schwierigkeiten, verschiedene Definitionen

Definitionen schweizerischer Institutionen

In der Schweiz wurden Psychomotorische Schwierigkeiten vom **Verband ASTP** wie folgt definiert:

„Psychomotoriktherapie richtet sich vorwiegend an Kinder und Jugendliche, die in ihrem Bewegungs- und Beziehungsverhalten und damit in ihren Entwicklungs- und Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten, sich in angemessenen Bewegungen und Handlungen auszudrücken und Beziehungen einzugehen. Dies drückt sich durch vielfältige und unterschiedliche Erscheinungsbilder aus: Unruhe, Ungeschicktheit, Gehemmtheit, kleinkindliches Verhalten, aggressives Verhalten, Ängstlichkeit sind einige Begriffe, die mit diesen Kindern in Zusammenhang gebracht werden.“(Berufsbild ASTP 1999)

Die **Rahmenordnung** zur Ausbildung von PsychomotoriktherapeutInnen des Verbandes der Heilpädagogischen Ausbildungsinstitute der Schweiz (**VHpA**) nennt in diesem Zusammenhang folgende Störungen (Erklärungen vgl. Anhang):

„Die Beratungs-, Abklärungs- und Behandlungsfunktion erstreckt sich auf folgende Beeinträchtigungen:

Hypo- und Hypermotilität

Psychomotorischer Entwicklungsrückstand

Ungeschicklichkeit

Bewegungshemmung und Verspannung

Integrationsstörungen (Körperbild, Lateralität)

Wahrnehmungsstörungen

Orientierungsschwierigkeiten in Raum und Zeit

Kontakt- und Beziehungsstörungen. Identitätsprobleme “

In der Verordnung über Geburtsgebrechen der **Invalidenversicherung (1989)** hiess es im Absatz 1043.1: ab 2007 gestrichen

"Psychomotorische Therapie richtet sich gezielt auf Psychomotorische Störungen. Darunter versteht man Auffälligkeiten, die sich in einer mangelhaften Harmonie der Bewegungsabläufe äussern. Man spricht von "Debilité motrice" (Ungeschicklichkeit), "Instabilité motrice" (Unruhe, Zappelphilipp) und "Inhibition motrice" (Hemmung)."

Ganz am Anfang der schweizerischen Psychomotoriktherapie hat Ajuriaguerra festgehalten:

"Psychomotorische Störungen liegen im Spannungsfeld zwischen Neurologie und Psychiatrie, zwischen willentlichem und passivem Verhalten, zwischen einer integrierten Gesamtpersönlichkeit und einer neurotisch unwirklichen Lebensführung". (Ajuriaguerra in Naville 1985)

Sichtweisen und Veränderungen

Suzanne Naville hat in ihrem Unterricht (1985) die Störungen wie folgt definiert:

„Psychomotorische Störungen sind Störungen im Bereich dieser wechselseitigen Beziehung zwischen Körper und Seele. Sie äussern sich einerseits in mangelhafter Bewegungsharmonie, zeigen aber andererseits auch oft Auswirkungen auf das Beziehungs- und Lernverhalten der Menschen. Bei den motorischen Schwierigkeiten fallen fehlende Präzision der Bewegung, unangemessener Energieeinsatz, Koordinationsschwierigkeiten, unsicheres Gleichgewicht, sowie fein- und grafomotorische Probleme auf, oft auch begleitet von Unsicherheiten in der Körperwahrnehmung und der räumlichen Orientierung. In ihrer Form können sie dauerhaft oder zeitweilig auftreten. Im Ausdruck sind sie immer variabel und bleiben immer auch an äussere Einflüsse und Situationen gebunden.“

Kiphard (1983) beschreibt in Zusammenarbeit mit Irmischer und Kesselmann in seinem Buch Mototherapie 1 eine Vielzahl von „psychomotorischen Störmerkmalen“ im Wahrnehmungs- Bewegungs- und Verhaltensbereich. Die Liste reicht von Unruhe über Gleichgewichtsmangel, Raumorientierungsstörung bis hin zu Aggressivität und Selbstwertstörung. Sie sollte Ausgangspunkt für eine gezielte Übungsbehandlung sein.

Aucouturier (in Esser 1992) meint zu Psychomotorische Störungen: Das Kind drückt sich über den Körper und dessen Somatisierungen aus, welche einmalig individuell, von der unwiederholbaren eigenen Lebensgeschichte, der leiblich- seelischen- geistigen Entwicklung geprägt sind. Psychomotorische Auffälligkeiten oder Koordinationsstörungen sind Kommunikations- und Identitätsstörungen, die auf einer mangelhaften Verfügbarkeit des Körpers aufgrund einer nicht geglückten Mutter- Kind- Beziehung und einer daraus resultierenden nicht geglückten Loslösung und Individuation basieren. Die Ursachen sind durch die Analyse der Motorik allein nicht erklärbar.

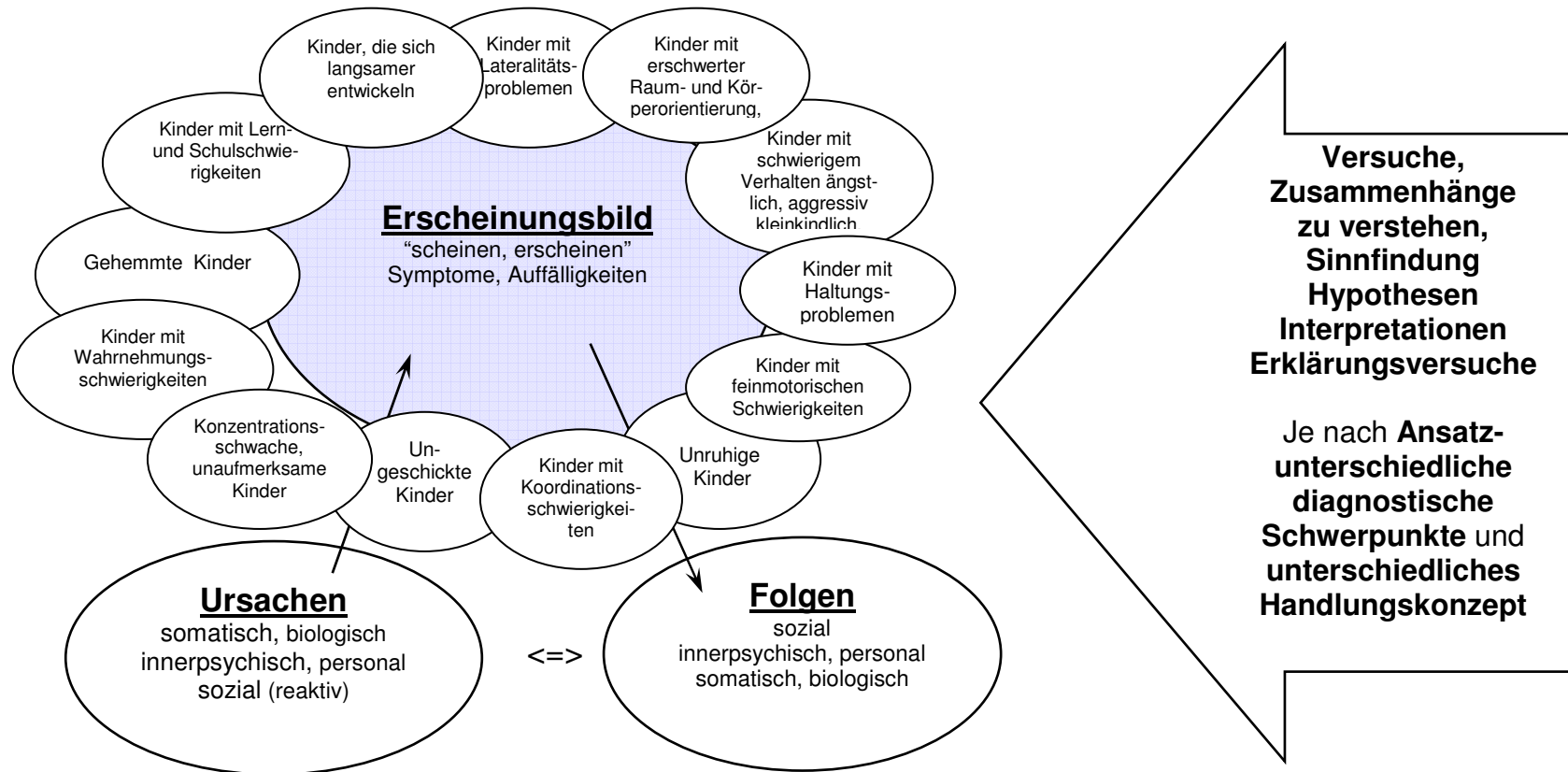
Entwicklungen der Sichtweise nach Seewald (1999)

Die Entwicklungen bezüglich Erscheinungs- und Störungsbilder gingen seither verschiedene Richtungen. In seinem Artikel „ Zum Problem der Diagnostik in Psychomotorik und Motologie“ beschreibt Seewald (1999) den sogenannten Paradigmenwechsel und fasst Kontexterweiterungen in der Sichtweise Psychomotorischer Störungen zusammen. Dabei habe vor allem die systemisch-konstruktivistische Sichtweise viel Bisheriges in Frage gestellt, indem sie die Störung als eine „Zuschreibung von professionellen Beobachtern“ gesehen hat und damit systemische und ökologische Sichtweisen eingeflossen seien.

Eine weitere Tendenz bestehe in der Entwicklung von der „feststellenden Diagnostik“, welche „pathogene Faktoren genau abzugrenzen versuche, zur „prozessbegleitenden Förderdiagnostik“, welche positiv auf die Ressourcen des Kindes ausgerichtet sei.

2. Erscheinungsbilder, Ursachen und Folgen

Die Sichtweise und Definitionen psychomotorischer Störungen sind, wie auch die Aufstellung der Ansätze auf S. 5 zeigt, sehr vielfältig. Hier sind einige Erscheinungsbilder aus der Praxis zusammengestellt. **Solche Bilder können allerdings der Problematik eines Kindes nicht gerecht werden. Im Bericht ist es am besten, jedes Kind mit seinen Eigenheiten, Schwierigkeiten und Ressourcen kurz zu beschreiben.**



Ursachen und Folgen stehen oft in einem interaktiven Verhältnis zueinander.

Psychomotorische Störungen werden nur als Erscheinungsbilder beschrieben und geben als solche keine Rückschlüsse auf die Ursachen. Während die Neurologie biologisch/ genetische Ursachen (Mini CP, Epilepsie, POS, Tumor, usw) beschreibt, nennt die Psychiatrie mehr psychosoziale, psychische Ursachen (Frühverwahrlosung, Familiendynamische Probleme). Oft sind Psychomotorische Störungen plurikausal (Hirnschaden, ungünstiges Milieu, genetische und psychische Faktoren) und/oder es lässt sich keine definierte Ursache und keine definierte Wirkung mehr ausmachen, sondern vielmehr verschiedene Faktoren, die einander beeinflussen. (vgl. A. Weber in "Psychomotoriktherapie" ASTP 1991)

3. Störungsbilder bei denen die IV die Kosten der Psychomotoriktherapie übernehmen kann bis Ende 2007

Für die IV und vermutlich später auch für die Krankenkassen spielt die somatische Ebene die zentrale Rolle.

In der Verordnung über Geburtsgebrechen der Invalidenversicherung 1989 heisst es unter Absatz 1043.1

"Psychomotorische Therapie richtet sich gezielt auf Psychomotorische Störungen, d. h. Auffälligkeiten, die sich in einer mangelhaften Harmonie der Bewegungsabläufe äussern. Man spricht von "Debilité motrice" (Ungeschicklichkeit), "Instabilité motrice" (Unruhe, Zappelphilipp) und "Inhibition motrice" (Hemmung). Sie kann zur medizinischen Behandlung von Geburtsgebrechen dienen, wobei die Therapie in der Regel aber nach zwei Jahren „ausgereizt“ ist, was bei Leistungszusprachen zu berücksichtigen ist."

Unter Einbezug aller Neuerungen und Nachträge gilt ab 1.11.00 nach ASTP IV Kommission (B.Kleiner u.a.)

Pauschalabrechnung Sonderschulinstitution	Psychomotoriktherapie als pädagogisch-therapeutische Massnahme wird vor allem bei Anstellungen in Sonderschulinstitutionen und dann pauschal abgerechnet. Einzelverfügungen sind in der Regel nicht vorhanden und auch nicht nötig.
Antrag ArztIn	Psychomotoriktherapie als Begleitmassnahme zum Sprachheilunterricht (1043.7) gilt als medizinische Massnahme. Entsprechender Antrag muss in der Regel von einem Arzt, einer Ärztin gestellt werden
Antrag KinderärztIn	Psychomotoriktherapie als medizinische Massnahme bei folgenden Geburtsgebrechen in <u>Verbindung mit CP 390 u.1043.1:</u> • Ziffern 381 Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute, 384 div.Hirntumore, 386 angeborener Wasserkopf, 387 angeborene Epilepsie (vgl. auch 1043.2) und 481Neurofibromatose (vgl. auch 1043.6) verbunden mit Gg 390 und vorliegen einer PSM-Störung(1043.1) oder als Folge eines Gg (also nicht angeboren im engeren Sinne), <u>höchstens 2 Jahre ohne Verlängerungsmöglichkeit</u> → <u>Hier sind meist eingehende spezialärztliche Untersuchungen vorausgegangen</u> • Ziffer 390*, angeborene cerebrale Lähmung (Athetosen, Dyskinesien, Ataxien): bis 2 Jahre ohne Verlängerungsmöglichkeit
Antrag NeuropädiaterIn oder KinderpsychiaterIn	• Ziffer 401, frühkindlicher Psychosen, frühkindlicher Autismus, Dauer zwei Jahre, Verlängerung möglich. • Ziffer 404*, infantiles psychoorganisches Syndrom (POS), Dauer zwei Jahre, Verlängerung möglich, Diagnose vor 9. J. → angeborene Hirnstörung mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz.
1043.8 Hinweis für selbständig erwerbende PsychomotoriktherapeutInnen Sie haben den Nachweis zu erbringen, dass ihrer Berufsausübung seitens des Kantons nichts entgegensteht. Sieht ein Kanton solche Nachweise nicht vor, ist ein Attest des Psychomotorik Verbandes beizubringen.	

Spezielle Hinweise zur Beobachtung IV relevanter Phänomene zu 390 und 404 vgl. in Aklörungselement 3, einzelne Aufgaben

Ziffer 390, angeborene cerebrale Lähmung (Athetosen, Dyskinesien, Ataxien): höchstens 2 Jahre ohne Verlängerung.

“Zweifelsfrei diagnostizierbare spastische, athetotische oder ataktische Symptome (der Passus , *“die nicht zwingend schwerer Natur sein muss”, wurde 1998 gestrichen*), dafür wurde ergänzt: *“Ein erhöhter Muskeltonus, asymmetrische Reflexe, ein etwas unharmonisch ausgeführter Hampelmann oder eine Dysdiadochokinese sind nicht beweisend für das Vorliegen eines Gg 390. Auch ein psychomotorischer Entwicklungsrückstand ist noch nicht identisch mit einer cerebralen Lähmung.”*

Möglichkeiten

- Als Fortsetzung einer mind. 1 Jahr dauernden Bobaththerapie, Kind nicht jünger als 4 und nicht älter als 8 Jahre oder
- Anstelle von Bobaththerapie, bei besonderen Gründen → ausgeprägte verlangsamte Reaktion, sowie Perzeptionsstörungen besonders im Sinne gestörter Raumorientierung
- bei CP mit gleichzeitiger ausgeprägter Psychomotorischer Störung (vgl. 1043.1) zur Förderung der allgemeinen Beweglichkeit, wenn nach Meinung des Facharztes Psychomotoriktherapie alleine genügt.

Beobachtungen in der Abklärung (vgl. auch vertiefte Informationen Beiheft)

→ Spastizität (Spasmus =unwillkürliche Verkrampfungen)

Verspannte, ausfahrende Mitbewegungen (Synkinesien), oft einseitig asymmetrisch, Mühe mit Ganzkörperstreckung, Tendenz zu Hohlkreuz, Rundrücken, überstrecktes Muster bei Sprüngen, enthemmte tonische Reflexaktivität, assoziierte tonische Reaktionen

gut sichtbar bei:

1 Gehen, 4 Einbeinstand, 7 Einbeinsprung, 9 Sprung auf-zu, 10 Krabbeln, 13 Finger-Daumen-Versuch, 14 Diadochokinese

→ Athetotische Störbewegungen (Athetose= Hyperkinese=unkontrollierbare Extrabewegungen, Tonusstörung):

unwillkürliche, verspannte, zähflüssige sich windende Mitbewegungen insbesondere von Hand Finger, Mimik, in Ruhe hypoton, in Bewegung hyperton, oft schlechte Kopfkontrolle und Haltungsprobleme, Verlangsamung des Bewegungsbeginns

gut sichtbar bei:

3 Stehen, 7 Einbeinsprung, 9 Sprung auf-zu, 13 Finger-Daumen-Versuch, 14 Diadochokinese

→ Ataktische Bewegungenentgleisungen (Ataxie= schwere Gleichgewichts- und Koordinationsstörung, Tonusschwäche)

Gangataxie → Ganzkörperschwankungen, was als Mitbewegung erscheint, ist hier eher Auffangbewegung, Gleichgewichtsstörung

gut sichtbar bei

1 Gehen (blind → völliger Zusammenbruch der Koordination) 4 Einbeinstand, 7 Einbeinsprung, 9 Sprung auf-zu

Zielataxie → manuelle Zielbewegungen werden nach rechts und links verrissen, in Verbindung mit Fehldosierung,

gut sichtbar bei

12 Ball prellen, 15 Bauen mit Klötzchen, 16 Ablösen, schneiden, Falten, 18 Bogen zeichnen

→ Dyskinesien: Sammelbegriff für motorische Fehlfunktionen wie oben beschrieben

Ziffer 404, Infantiles psychoorganisches Syndrom (POS), Dauer zwei Jahre, Verlängerung möglich, Diagnose vor 9. J.

Angeborene Hirnstörung mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz.

Voraussetzungen: (ergänzt mit Beispielen aus neuropädiatrischen Berichten*):

Störung des Verhaltens im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit

z. B. impulsiv, kleinkindlich, provokatives Verhalten, Neigung zum Streiten, verwickelt sich in soziale Konflikte, reduziertes Selbstvertrauen, reduzierte soziale Kompetenz, verstimmbar, motorische Unruhe, auffälliges Sozialverhalten (stört Familienleben und Klassenverband), Lernprobleme, Lernverweigerung, verträgt Kritik schlecht,

Störung der Antriebes

z.B. keine Initiative für Lern- und Leistungsaufgaben, geringes Durchhaltevermögen, rasche Ermüdung, Lustlosigkeit, Unsicherheit, Steuerungsmangel, herabgesetztes Frustrationsvermögen,

Störung des Erfassens und Erkennens (perzeptive, kognitive oder Wahrnehmungsstörungen)

z.B. reduzierte visuelle und auditive Wahrnehmung, Störung des Ordnungssinnes, Körperschemastörung, Störung der Sensomotorik, Gestalterfassungs- und Wiedergabeschwäche, reduzierte taktile und propriozeptive Wahrnehmung

Störung der Konzentrationsfähigkeit

z. B. erheblich eingeschränkte Konzentration, große Leistungsinkonstanz, impulsives Verhalten, braucht ein Übermass an Beistand bei Arbeiten, muss geführt werden, leicht ablenkbar

Störung der Merkfähigkeit

z.B. die Gedächtnisfunktionen, sowohl visuell, als auch auditiv sind reduziert und unterdurchschnittlich

Am Schluss ist in den erwähnten Berichten immer ein Hinweis zur **Intelligenz: Die Intelligenz ist gut, trotzdem bestehen erhebliche Probleme im Lernen und Leisten aufgrund der oben aufgeführten Schwierigkeiten.*

In der Abklärung sind die obigen Punkte in allen Elementen zu beobachten (vgl. auch die fünf Erfahrungsebenen)

Allgemeinen Beobachtungen → auf allen Erfahrungsebenen (vgl. Bogen)

Spielsituation → vorwiegend Antrieb, Initiative, Verhalten, Beziehung (vgl. Bogen)

Strukturierte Aufgaben → vorwiegend Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz, Umgang mit Leistungsanforderungen, Wahrnehmungsbereiche laut Beobachtungsbogen inkl. Graфомotorikbogen mit Formerfassung, -wiedergabe, Merkfähigkeit,...

Umfeldgespräche → Die obigen Punkte werden im Gespräch angesprochen (vgl. Bogen), insbesondere das Verhalten im Familien- und Klassenverband

4. Störungsbilder laut internationaler Klassifikation ICD- 10, nach der sich gewisse Krankenkassen orientieren

Zugang zum Internationalen Verzeichnis der Störungen der WHO(Weltgesundheitsorganisation) **ICD 10**(International Statistical Classification of Diseases and Related Health) findet man z. B. auf Homepage <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/f90-2.htm>. Diese wurde von einem Team der Medizinischen Universität Lübeck und der Fachhochschule Lübeck unterhalten. Daraus folgt eine zusammenfassende Beschreibung der beiden Hauptstörungen F 82 und F 90, bei denen Psychomotoriktherapie indiziert ist. Die Texte sind zitiert oder zusammengefasst.

F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

Klinisch-diagnostische Hinweise

„Das Hauptmerkmal dieser Störung ist eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Entwicklung der motorischen Koordination, die nicht allein durch eine Intelligenzminderung oder eine umschriebene angeborene oder erworbene neurologische Störung erklärbar ist (außer derjenigen, die mit der Koordinationsstörung impliziert ist). Üblicherweise ist die motorische Ungeschicklichkeit verbunden mit einem gewissen Grad von Leistungsbeeinträchtigungen bei visuell räumlichen Aufgaben. (...) Die motorische Koordination des Kindes bei fein- oder grobmotorischen Aufgaben muß deutlich unterhalb des Niveaus liegen, welches aufgrund des Alters und der allgemeinen Intelligenz zu erwarten ist. Die Störung sollte frühzeitig in der Entwicklung vorhanden gewesen sein (d.h. sie darf kein erworbenes Defizit darstellen), und sie darf nicht direkte Auswirkungen von Seh- oder Hörfehlern oder von diagnostizierbaren neurologischen Störungen sein. (...)Das "Syndrom des ungeschickten Kindes" wurde oft als "minimale zerebrale Dysfunktion" diagnostiziert, dieser Ausdruck wird jedoch nicht empfohlen, weil er so viele verschiedene widersprüchliche Bedeutungen enthält.“ Es folgen weitere beschriebene Merkmale in Kurzform:

Merkmale in Kurzform

- Verzögerte motorische Entwicklungsschritte, in einigen Fällen auch perinatale Komplikationen, niedriges Geburtsgewicht oder deutlich zu frühe Geburt
- Allgemein ungeschickt bei feinen und groben Bewegungen wie z. B. langsames Laufen, Hüpfen und Treppensteigen lernen, Schwierigkeiten im Erlernen von Schuhebinden, Auf- und Zuknöpfen und im Werfen und Fangen von Bällen; Tendenz, Sachen fallenzulassen, zu stolpern, über Hindernisse zu fallen
- Mühe beim Puzzles legen, Konstruktionsspielzeug benutzen, Modelle bauen sowie Landkarten zeichnen oder verstehen
- Dürrtige Handschrift und schlechte Zeichenfertigkeiten
- Öfters Sprechschwierigkeiten (besonders Artikulationsstörungen)
- Meist deutliche entwicklungsneurologische Unreifezeichen wie choreiforme Bewegungen frei gehaltener Gliedmaßen oder Spiegelbewegungen und andere damit verbundene Bewegungsmerkmale.
- Die Sehnenreflexe können seitengleich, verstärkt oder abgeschwächt sein, aber nicht seitendifferent verstärkt oder abgeschwächt sein.

Auswirkungen auf Alltag, Schule, soziales Leben und psychisch affektive Entwicklung

- Allgemeine Unbeholfenheit
- Langsamkeit
- Neigung zu Unfällen
- Verminderte Selbständigkeit
- Beeinträchtigung der kognitiven Leistung, teils schwerwiegende Schulschwierigkeiten
- Soziale Verhaltensprobleme, Integrations- und Sozialisationsschwierigkeiten
- Emotionale Verhaltensprobleme
- Falsche Selbsteinschätzung, schlechtes Selbstwertgefühl

Dazugehörige Begriffe:

- entwicklungsbedingte Koordinationsstörung
- Entwicklungsdyspraxie
- Syndrom des ungeschickten Kindes

Ausschluss und Abgrenzungen

- Haltungs- und Bewegungsstörungen (R 26),
- Diagnostizierbare neurologische Störung (wie z.B. zerebrale Bewegungsstörung oder Muskeldystrophie)
- Koordinationsstörung (R 27) infolge einer Intelligenzminderung (Non-verbaler IQ unter 70 in einem standardisierten Test) (F70-79) oder einer diagnostizierbaren spezifischen neurologischen Krankheit (G00-G99)

Die hier beschriebene Störung ist mit der Gesamtheit aller Abklärungselemente des vorliegenden Verfahrens gut zu erfassen. Auf Wunsch des Geldgebers kann es durch einen standardisierten Motoriktest (z. B. Mot 4-6 von Zimmer) ergänzt werden.

F90 hyperkinetische Störungen**Klinisch-diagnostische Hinweise**

„Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch: einen frühen Beginn, die Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen; situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltenscharakteristika. Nach verbreiteter Überzeugung spielen konstitutionelle Faktoren eine entscheidende Rolle in der Genese dieser Störungen, jedoch fehlt zum jetzigen Zeitpunkt Kenntnis über die spezifische Ätiologie. In den letzten Jahren wurde der diagnostische Begriff "Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit" (ADD, attention deficit disorder) für diese Syndrome empfohlen. Dieser Terminus wurde hier nicht verwendet, da er die Kenntnis psychologischer Prozesse impliziert, die noch nicht verfügbar ist, und den Einschluß verängstigter oder verträumter, unbeteiligter Kinder nahelegt, die wahrscheinlich andere Schwierigkeiten aufweisen. Gleichwohl ist unter Verhaltensgesichtspunkten klar, daß Aufmerksamkeitsprobleme ein zentrales Merkmal der hyperkinetischen Syndrome sind.“

„Wegen der breiten Variation der Norm ist Hyperaktivität vor dem Schulalter schwierig zu erkennen. Bei Vorschulkindern soll nur ein extremes Ausmaß zu dieser Diagnose führen. (...)

„Die Forschungsdiagnose einer hyperkinetischen Störung fordert das eindeutige Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe, situationsübergreifend und einige Zeit andauernd, nicht durch andere Störungen wie Autismus oder eine affektive Störung verursacht.“ Die folgenden in der oben erwähnten ICD-10 Ausgabe beschriebene Hinweise helfen bei der Abklärung:

Merkmale

Beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer

„Beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich speziell bei Beschäftigungen, die einen kognitiven Einsatz verlangen. Die Aufgaben werden vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur anderen, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden (wenn auch Laboruntersuchungen nicht regelmäßig ein ungewöhnliches Ausmaß an sensorischer oder perzeptiver Ablenkbarkeit zeigen). Diese Defizite in Aufmerksamkeit und Ausdauer sollten nur dann diagnostiziert werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt sind. (...)“

„Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten;
2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten;
3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird;
4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden);
5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren;
6. vermeiden ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die häufig geistiges Durchhaltevermögen erfordern;
7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z.B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge;
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt;
9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergeßlich.“

Überaktivität

„Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Situationsabhängig kann sie sich im Herumlaufen oder Herumspringen äußern, im Aufstehen, wenn dazu aufgefordert wurde, sitzenzubleiben, in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen oder im Wackeln und Zappeln. Beurteilungsmaßstab sollte sein, daß die Aktivität im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre, extrem ausgeprägt ist. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle fordern. (...)“

„Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen;
2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird;
3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen entspricht dem oft nur ein Unruhegefühl);
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen;
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.“

Desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität; Impulsivität:

„Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist;
2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen;
3. unterbrechen und stören andere häufig (z.B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein);
4. reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.“

Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr

Symptomausprägung:

„Die Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein, z.B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zuhause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z.B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind z.B. meist unzureichend.)“

Leidendruck

„Die Symptome verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit. (...)“ „Diese Schwierigkeiten persistieren gewöhnlich durch die Schulzeit und sogar bis ins Erwachsenenalter; aber viele Betroffene zeigen eine graduelle Besserung bezüglich Aktivität und Aufmerksamkeit.“

Mögliche Auswirkungen und Begleitsymptome auf Alltag, Schule, soziales Leben und psychisch affektive Entwicklung

Viele Begleitmerkmale sind häufig, für die Diagnose aber nicht notwendig

- Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen, manchmal Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen
- Regelverletzungen - eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich - worauf sie mit den disziplinarischen Folgen konfrontiert sind.
- Impulsive Mißachtung sozialer Regeln (sie äußert sich in Einmischung in oder Unterbrechung von Aktivitäten anderer oder vorschnellem Beantworten noch nicht vollständig gestellter Fragen oder in der Schwierigkeit zu warten, bis man an der Reihe ist).
- Beziehungen zu Erwachsenen sind oft von Distanzlosigkeit und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt
- Dissoziales Verhalten, sind bei anderen Kindern unbeliebt und können isoliert werden.
- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen.
- Eine kognitive Beeinträchtigung ist üblich
- Spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung sind überproportional häufig.
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Begleitende Leseschwierigkeiten oder andere schulische Probleme sind verbreitet.

Hyperkinetische Störungen treten bei Jungen mehrfach häufiger auf als bei Mädchen.

Ausschluss und Abgrenzungen

- „affektive Störungen([F30-F39](#)), eine manische Episode ([F30.-](#)), eine depressive Episode ([F32.-](#))
- Angststörungen ([F41.-](#) oder [F93.0](#))
- Schizophrenie ([F20.-](#))
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen ([F84.-](#))
- Lernstörungen und motorische Ungeschicklichkeit treten mit großer Häufigkeit auf und sollten, wenn vorhanden, getrennt verschlüsselt werden (unter [F80-F89](#)). Bestandteil der eigentlichen Diagnose der hyperkinetischen Störung sollten sie jedoch nicht sein.“

„Kombinierte Störungen sind verbreitet. Etwa vorhandene [tiefgreifende Entwicklungsstörungen](#) sind vorrangig zu diagnostizieren. Die Hauptprobleme bei der Differentialdiagnose liegen in der Unterscheidung von Störungen des Sozialverhaltens. Wenn die Kriterien erfüllt sind, wird eine hyperkinetische Störung vorrangig vor einer Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert. Geringere Ausprägungen von Überaktivität und Unaufmerksamkeit sind bei Störungen des Sozialverhaltens aber üblich. Sind Merkmale sowohl von Hyperaktivität wie auch einer Störung des Sozialverhaltens vorhanden, und ist die Hyperaktivität umfassend und schwerwiegend, so sollte die Diagnose "hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens" ([F90.1](#))" gestellt werden.

Ein weiteres Problem rührt daher, daß Überaktivität und Unaufmerksamkeit, in ganz anderer Ausprägung, als es für die hyperkinetische Störung charakteristisch ist, Symptome von Angstzuständen oder einer depressiven Störung sein können. Die typische Unruhe der agitierten Depression sollte also nicht zur Diagnose einer hyperkinetischen Störung führen. In gleicher Weise sollte auch die Unruhe, die Ausdruck großer Angst ist, nicht zu der Diagnose einer hyperkinetischen Störung führen. Sind die Kriterien für eine Angsstörung ([F40.-](#), [F41.-](#), [F43.-](#) oder [F93.-](#)) erfüllt, haben diese Vorrang gegenüber der hyperkinetischen Störung, außer es liegt offensichtlich zusätzlich eine hyperkinetische Störung vor, die durch andere Symptome auffällt als durch die bei Angst vorkommende Unruhe. In ähnlicher Weise ist auch keine hyperkinetische Störung zu diagnostizieren, wenn Konzentrationsstörungen und psychomotorische Unruhe vorliegen und die Kriterien für eine schwere depressive Störung ([F30-F39](#)) erfüllt sind. Doppeldiagnosen sind nur dann zu stellen, wenn eine hyperkinetische Störung vorliegt, die durch Symptome auffällt, die nicht einfach Ausdruck der affektiven Störung sind.

Ein akut einsetzendes hyperaktives Verhalten bei einem Kind im Schulalter ist wahrscheinlicher auf eine reaktive Störung (psychogen oder organisch), einen manischen Zustand, eine Schizophrenie oder eine neurologische Krankheit (zum Beispiel rheumatisches Fieber) zurückzuführen.“

Kommentar:

*Viele Experten beschreiben auch Zustände, die unter der Schwelle der hyperkinetischen Störung liegen. Kinder, die Kriterien in gewisser Weise erfüllen, aber keine Auffälligkeiten i.S. von Überaktivität und Impulsivität zeigen, leiden an einem **Aufmerksamkeitsdefizit**; umgekehrt zeigen Kinder, die keine Aufmerksamkeitsprobleme haben und dennoch Kriterien aus den anderen Bereichen erfüllen eine **Aktivitätsstörung**. In gleicher Weise kann die Störung als **spezifisch für zuhause** oder als **schulspezifisch** angesehen werden, wenn die Kriterien nur in einer Situation erfüllt werden. Diese Störungsbilder wurden bis jetzt noch nicht in die Hauptklassifikation aufgenommen, da die empirische prädiktive Validierung noch unzureichend ist und weil Kinder mit "Subgruppen"störungen noch andere Symptome zeigen (wie z.B. eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten, [F91.3](#)) und in der entsprechenden Kategorie klassifiziert werden sollten.“*

5. Zusammenstellung von Störungsbegriffe im und ums Berufsfeld der Psychomotoriktherapie

Störungen scheinen entweder auf Grund ihrer Ursache (biologisch, psychodynamisch, psychoreaktiv) oder aufgrund ihres Erscheinungsbildes oder Symptoms bezeichnet zu werden. Die Trennlinien sind dabei natürlich oft unscharf und in Frage zu stellen. Die folgende Tabelle will Störungsbegriffe im Berufsfeld der Psychomotoriktherapie auflisten, kurz zu definieren und Hinweise zur Vertiefung geben. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Zur Liste gibt es unten eine Artikelsammlung. Informationen zu einzelnen Störungen finden sich auch auf der **Homepage** <http://curie.informatik.fh-luebeck.de/icdger/icd10.htm>.

Abkürzung / Bezeichnung R → aus Rahmenordnung IV...→ Begriffe	Bezeichnung, verwandte, identische Bezeichnungen Kurzdefinition, mögliche Ursachen	Vereine/ Vereinigungen	Lit- era- tur
Störungen, benannt nach biologischen/hirnorganischen Ursachen			
CP →IV Nr. 390ff	Cerebral palsy, Cerebrale Bewegungsstörung Schwere hirnorganische Schädigung mit Zeichen wie Spastizität (hyperton verspannt), Hypotonie (Schlaffheit), Ataxie (ungezielte ausfahrende Bewegungen), Athetose (plötzliche Muskeltonusschwankungen mit wurmartig geschraubten Bewegungen) usw. Ursachen → Vorgeburtliche Schädigungen, Geburtsschäden (Sauerstoffmangel), Gehirntraumen (Unfallfolgen), Kinderkrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung, Epilepsie →gewisse Formen)	SVCG Erlachstrasse 14, Postfach 8262, 3001 Bern Tel. 031 308 15 15 www.cerebral.ch	O/1
Mini CP = MCB → IV 390c	Minimale cerebrale Bewegungsstörung (engl. MCP), minimale Störung im oben erwähnten Sinn Minimale Zerebralparese = minimale leichte Hirnschädigung.....kann zu Bewegungsschwierigkeiten führen, muss aber nicht... kann Teil des POS sein.... zum POS gehört aber mehr Ursachen → vgl. CP	Thematik wird von ELPOS abgedeckt	2
POS = MCD früher dt. Bezeichnung, heute vermehrt ADS/ADD/ADHD vgl. unten →IV Nr. 404 ff (Kognitive Hirnstörung)	Psychoorganisches Syndrom = minimale cerebrale Dysfunktion: Frühkindliche Hirnfunktionsstörung oder minimal gestörte Ausreifung des Gehirns mit möglichen Folgen im affektiven Bereich → mangelnde Frustrationstoleranz, labile Affektlage, verzögerte Gemütsentwicklung kognitiven Bereich → Leistungsschwankungen, Konzentrationsschwäche, mangelnde Verarbeitungsfähigkeit motorischen Bereich→ viele POS-Kinder haben auch motorische Probleme, wirken oft hyperaktiv oder gehemmt Die Symptome können unterschiedlich gewichtet auftreten und sind bei guter Intelligenz zu beobachten. Ursachen → Familiäre Anlage, Sauerstoffmangel vor, während oder nach der Geburt, andere Hypothesen Umstände → Diese Grundstörung wirkt sich vermutlich erst unter bestimmten Umständen aus: Reaktionen der Bezugspersonen, individuelle Psychodynamik, organische Störungen in der jeweils betroffenen Hirnregion	www.elpos.ch ELPOS Zürich Affolternstr. 125 8050 Zürich 01/311 85 20	3 4 5
ADS=engl. ADD/ADHS = engl. ADHD vgl. auch MCD, POS	ADS=Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom =engl. ADD=Attention-Deficit-Disorder , ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung = engl. ADHD=Attention-Defizit- Hyperactivity-Disorder : Kernsymptome: Impulsivität, mangelnde Verhaltenskontrolle, Stimmungsschwankungen, hyperaktiv oder verträumt, rasches Wechseln von Beschäftigungen. (Ursachen, Umstände vgl. auch POS)	www.adhs.ch/ Thematik wird auch von Elpos abgedeckt Lit. Hinweise auf obiger homepage	*
Epilepsie → IV Nr. 387ff	Funktionsstörung des Gehirns → Krisen mit krankhaften bioelektrischen Entladungen Ursachen → angeborene Bereitschaft, erworbene Hirnschädigung vor, während, nach der Geburt, auch Unfallfolgen, Hirntumore usw.	www.parepi.ch 8057 Zürich 01 363 55 04	6
Hirntumore (wachsend oder stabil) → IV Nr. 384	Krankhafte Wucherungen im Gehirn , die bei schlechtem Verlauf Gehirnteile beeinträchtigen und die Bewegung verändern können. (→ Achtung bei Verschlechterung der Bewegung trotz Therapie!) Ursachen → viele Hypothesen, vgl. Krebsforschung	www.krebsliga.ch 3001 Bern 031 389 91 00	24

Störungen, benannt nach Erscheinungsbild, sichtbaren Symptomen, bestimmter fehlender Fähigkeit - Störungen des Bewegungsverhaltens

Hypermotilität → R Hyperaktivität, → R Psychomotorische Unruhe „Instabilité psychomotrice“ → IV Hyperkinesen, Dyskinesien Hyperkinetische Störung F 90 HKS vgl. auch ADHD	Motilität = Kraftfülle primärer, archaischer Spontanbewegungen (Kiphard), Hypermotilität = Steigerung der Gesamtmenge motorischer Auesserungen → übermässige, schnelle, hastige, ungerichtete Bewegungsentladungen, Unfähigkeit zum Abwarten (Kiphard), Psychomotorische Unruhe („instabilité psychomotrice“) = ständiger Bewegungsdrang, unkontrollierte überschüssende Zappelbewegungen, ungenügende motorische Steuerung, unrationeller Krafteinsatz, mangelhafte Konzentration, erhöhter Reizzustand (Naville/Ajuriaguerra“), Hyperaktivität = mangelnde Verhaltenskontrolle, Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration, planloses Vorschnellen...Hyperkinesen/Dyskinesien = unwillkürlich „sinnlose“ Extrabewegungen. Hyperkinetische Störung F 90 vgl. S. 102		7
Bewegungsarmut,-hemmung, Hypomotilität → R	Verringerte Bewegungsfähigkeit, Hypokinese = Verlangsamung der Bewegungen mit herabgesetztem Tonus,		7
Psychomotorische Ge- hemtheit“ „Inhibition motrice“ → IV	Fehlen der normalen kindlichen Bewegungsspontaneität, Fehlen grosszügiger Bewegungsabläufe, Ängstlichkeit, zaghafte, evtl. verkrampfte, marionettenhafte, mechanisch anmutende Bewegungen, auffallende Körperhaltung, fehlende Beziehung zum Raum.		7
Psychomotorische Ungeschicklichkeit („Débilité motrice“) → R → IV	Ausfahrende, unbewusste, nicht gezielt steuerbare Mitbewegungen einzelner Körperteile/ des gesamten Körpers während eines Bewegungsablaufs (Synkinesien), ständige oder zunehmende Verkrampfung einzelner Körperteile/des ganzen Körpers während eines Bewegungsablaufs (Paratonien), richtungs-, kraft- und tempomässig unangepasste Bewegungen, die Koordinationsschwierigkeiten zur Folge haben.		7
Koordinationsstörungen → Ataxie (IV bei CP) Koordinationsschwäche	Koordinationsstörung => Dyskinesie, Ataxie = Grundstörung der Kinästhesie (Bewegung), die die muskuläre Widerstandsempfindung, die Gelenksensibilität, und die Bewegungs- und Lageempfindung umfasst → Folgen: Gleichgewichts-, Richtungsstörung, Fehldosierung des Krafteinsatzes. Koordinationsschwäche, -schwierigkeit = geringgradige Bewegungsveränderung im obigen Sinne.		7/0
Grobmotorische Störungen	Bei grobmotorischen Koordinationsstörungen ist die gesamte Körperkontrolle beeinträchtigt vor allem bei grossräumigen Bewegungsvollzügen wie Laufen, Springen, Klettern, Werfen.		7
Gleichgewichtsstörungen	Bei Gleichgewichtsstörungen und Gleichgewichtsverunsicherungen setzen die balancesichernden Ausgleichsbewegungen (vestibulär und propriozeptiv) zu spät ein.		7
Feinmotorische Störungen	Manuelle Bewegungsstörungen zeigen sich oft als Folge einer erschwerten Aug - Handkoordination, mangelnder taktil-kinästhetischer Wahrnehmung , fehlender Hand-, Fingerbeweglichkeit, fehlendes Zusammenspiel der beiden Hände, usw.		7
Dyspraxie	Schwierigkeit zielbewusste, zweckmässige und situationsgerechte Handlungen zu organisieren, bei erhaltenem Aufgabenverständnis. Ideomotorische Dypraxie: Diese Kinder sehen Fehler, können planen, sie können aber den eigenen Handlungsplan nicht ausführen. Ideatorische Dyspraxie: Diese Kinder haben keine motorische Einschränkung, haben aber grosse Mühe motorische Handlungen zu planen		7/9
Grafomotorische Störungen	Schreibbewegungsstörung: Auffälliges Schriftbild, unkorrekte Stifthaltung, unpräzise Formwiedergabe, räumliche Anordnungsprobleme, grafomotorische Bewegungsabläufe gelingen nicht, vgl. Dyspraxie, feinmotorische Störungen Folgen von Ungeschicklichkeit, Dyspraxie, Ursachen verschieden.		7

Psychomotorischer Entwicklungsrückstand → R	Rückstand in der Bewegungsentwicklung, wenn er einhergeht mit einem allgemeinen Entwicklungsrückstand (kognitiv, affektiv und motorisch), kann er sich später ausgleichen, Ursachen sind vielfältig.		
Tonusanomalien, Bewegungsverspannung → R Hypertonie, Hypotonie Synkinesien, Paratonien	Bewegungsverarmung oder auch = hypokinetisch - hypertonisches Syndrom = reduzierte Spontanmotorik bei Hypertonie = Steife, Starrheit evtl. mit leichtem Ruhezittern, Hypotonie = Schlaffheit: Beide Phänomene treten oft zusammen auf, weil ein schlaffes Kind oft versucht, durch übermässigen Krafteinsatz die Hypotonie auszugleichen und dann in Überspannung gerät. So entsteht Schlaffheit in Ruhestellung, Ueberspannung in der Anforderung, dies äussert sich auch in Synkinesien (unzweckmässiger Mitbewegung) oder in Paratonien (Verspannung bei Anforderung)		7
Wahrnehmungsstörungen Perzeptionsstörungen → R	Gestörte Aufnahme oder Verarbeitung einzelner Sinne oder die fehlende Integration ganzer Wahrnehmungsprozesse. Perzeptionsstörungen sind Wahrnehmungsstörungen in bezug auf den eigenen Körper, seine Umwelt und seine Beziehung zur Umwelt, meist zusammen mit einer Bewegungsstörung		7/8/9
Orientierungsstörung in Raum und Zeit → R	Raum: Seitenunsicherheiten und Lokalisationsschwierigkeiten von Punkten Richtungsschwierigkeiten, Richtungslosigkeit, mangelhafter Aufbau der Raumstruktur, Raumla geschwierigkeiten Zeit: Schwierigkeit, Gleichzeitigkeit zu entwickeln, Rhythmuschwierigkeit, Tempovariations- schwierigkeit, Serielle Schwierigkeit: Mühe mit Reihenfolgen, Abfolgen		10
Integrationsstörungen SID → R Begriff nach Jean Ayres	Sensory - Integrative Dysfunktion = sensorische Integrationsstörung: Begriff nach Jean Ayres: Aufnahme, Verarbeitung, Umsetzung von Wahrnehmungs- und Bewegungsvorgängen sind gestört → sehr weit gefasster Begriff für fast alle Phänomene in der Psychomotorik.		9
Störungen der Lateralisation, Handdominanzstörungen → R	Lateralitystörungen äussern sich im: Zusammenspiel der beiden Körperhälften re li, Überkreuzen der Mittellinie, oder in einer verspäteten oder gestörten Herausbildung der Handdominanz,		7/9
Körperschemastörungen → R Körperbild/Selbstbild	Kognitive Körperschemastörung: unvollständige kognitive Erfassung der eigenen Körperlichkeit (Führungsgrösse jedes Bewegungsentwurfes) Affektive Körper- und Selbstbildstörung: Frustrationen und negative Körpererfahrung lassen oft eine negative emotionale Einstellung zum Körper oder einzelnen Teilen entstehen, diese werden weniger beachtet oder ausgeblendet (vgl. Aucouturier le manque du corps)		7/9
Dyskalkulie	Rechenschwäche, Störung im Lernprozess arithmetischer Inhalte, gewisse Abstraktionsfähigkeit fehlt. www.verband-dyslexie.ch/deutsch/dyskalkulie		11
Tic	Unregelmässig wiederkehrende unwillkürliche Zuckungen einer oder mehrerer Körperregionen.		12
Tremor	Zittern → Intentionstremor: Zunehmendes Abweichen von der idealen Verbindungslinie bei Annäherung einer Bewegung auf das Ziel hin. Verschiedene Ursachen, auch Vererbung.		13
Sprachstörungen → IV 1043.7vgl. Kreis- schreiben über die Behand- lung von Sprachgebrechen	Agrammatismus = Unfähigkeit richtige grammatische Formen zu bilden Stammeln = Aussprachestörung, Unfähigkeit Laute/Lautgruppen zu bilden → <i>Sigmatismus</i> : fehlerhafte Bildung der Zischlaute und deren Verbindung, → <i>Rhotazismus</i> : Störung der Aussprache des R- Lautes Stottern = Sprechneurose, krampfartige Bewegungen der Sprechorgane, inadäquate Atembewegungen, Störungen der Stimmgebung, Mitbewegungen von verschiedenen Muskelgruppen. Poltern = sehr rascher Sprachablauf mit Silben-, Wort- und Lautverstümmelungen Hörstörung = Schwerhörigkeit oder Taubheit.... führt auch zu Sprachstörungen		14
Legasthenie	Legasthenie Wahrnehmungsstörung, die das Lesenlernen und die Rechtschreibung betrifft → Raum-Lage- Labilität, Lautdifferenzierungsschwäche, Speicherschwäche	www.verband- dyslexie.ch	14

Störungen und Problemkreise aus der Psychiatrie und der Heilpädagogik, welche in PsmTherapien auftauchen

Frühkindliche primäre Psychosen , schwache Formen → IV Nr. 401 Depression	Autistische Züge, autistisches Verhalten: soziale Unzugänglichkeit, Vermeidung von Blickkontakt, ausdrucksarme Mimik und Psychomotorik, frühkindlicher Autismus = schwere autistische Selbstbezogenheit, keine Beziehungsaufnahme Depressive Syndrome: Meist Psychosomatische Symptome und Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit	SVEAK Vereinigung Eltern autistischer Kinder 8854 Siebnen/SZ 055 440 47 32 www.autismus.ch	15 16
Neurotische Störungen Probleme der Konfliktverarbeitung: Kontakt- und Beziehungsstörungen, Identitätsprobleme → R	Krankmachender innerer unbewusster Konflikt zwischen gegensätzlichen Antrieben, Vorstellungen und Gefühlen → Abwehr: Stagnation, Verleugnung, Projektion, Verschiebung, Regression, usw.. Mögliche Ursachen → <i>Störung in Aufbau und Art der ersten Beziehung zu Mutter und Vater, kann ganze sensorische Entwicklung → Sprache, Bewegung, emotionale Entwicklung, Identitätsentwicklung beeinträchtigen. häufiger Wechsel von Bezugspersonen, lange Trennung von Eltern im zweiten Lebenshalbjahr (Klinik, Heim), Abkapselung von weiteren Kontakten im 2. Lebensjahr, Beziehungsstörungen in der Partnerschaft vgl. Artikel 23</i>		17 7/3 6ff 26
Enuresis Bettnässen, Kleidernässen	Wenn das über 4 Jahre alte Kind noch nie trocken war oder wieder neu einnässt. Bedeutungslos sind vorübergehende regressive Reaktionen wie z. B. bei Geburt eines Geschwisters. Mögliche Ursachen → <i>Teils vererbte Probleme, Probleme in Reinlichkeitserziehung, belastende Lebensbedingungen, geringere funktionale Blasenkapazität, organopathologische Befunde,</i>	www.bettnaessen.ch	18
Magersucht Anorexia nervosa	Nur bei Mädchen, von Vorpubertät bis ca. 25, Nahrungsabwehr, Reifungskrise - Abwehr der Übernahme der weiblichen Geschlechterrolle, Mögliche Ursachen → <i>meist schwierige Familiendynamik, Genuss und triebfeindliche Atmosphäre, überprotektive, kontrollierende Mutter bei Vater mit wenig Einfluss</i>	KISPI Selbsthilfegruppen www.magersucht.ch	19
Adipositas , Psychogene Adipositas Bewegungsprobleme bei Übergewichtigkeit	Störung des Essverhaltens als Folge → Übergewicht durch stärkere Ausprägung des Fettgewebes. Ursachen → <i>psychodynamisch → Abwehr von Unlustgefühlen, Angst, Depression und Kränkung → Orale Regression, dahinter steckt oft vermisste Liebe und Zuwendung → selten organische Ursachen</i>	SAPS 012515413 www.adipositas-stiftung.ch/	20
Kindsmisshandlung und sexueller Missbrauch	Körperliche und seelische Misshandlung meist als Folge einer gestörten Familiendynamik. Sexueller Missbrauch und Ausbeutung → Achtung: Interdisziplinäres Team notwendig	Limita ZH 01 450 85 20 www.limita-zh.ch	21
Adoption	Probleme rund um die Adoption	www.projuventute.ch	22
Krisen in Paarbeziehungen	Umgang und Auswirkungen von Krisen und Trennungen in der Paarbeziehung, Folgen für die Kinder		23

Verwendete Literatur für die obige Zusammenstellung

0	Kiphard ErnstJ.	Hirnphysiologische Grundlagen aus: Bewegungs- und Koordinationsschwächen im Grundschulalter, Schondorf 1982	9	Doering W. und W.	Sensorische Integration , Dortmund 1990 ,
1	Boltshauser Eugen	Ursachen und Entstehung von cerebralen Bewegungsstörungen, Solothurn 1994, in Broschüre der SVCG	10	Osterwalder Peter	Raum- und Zeitorientierung, in Heilpädagogische Rundschau , August 1996
2./11	Ruf Bächtiger L	Das frühkindliche psycho-organische Syndrom, Diagnostik und Therapie Thieme, Stuttgart 1987	12	Patzer Helmut	Tic, ein heute noch rätselhaftes Krankheitsbild, in Zeitschrift Kinderarzt, 1987 Nr. 6
3.	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe POS	Das frühkindliche Psychoorganische Syndrom, 1997	13	Rondot Pierre	Bewegungsstörungen in der Neurologie, Grundlagen Klinik und Therapie, Stuttgart 1991
4	Mattmüller Felix	POSitive Menschen, Heilpädagogische Rundschau	14/15/16/22	Herzka Stefan	Kinderpsychiatrische Krankheitsbilder, Stuttgart 1978
5	Raos Bernard	Hau den Lukas, Tagesanzeiger Magazin Nr. 26/1994	15/18/19/20	Feldmann Harald	Psychiatrie und Psychotherapie. Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Studierende und Aerzte, Basel 1984
6	Broschüre der ParEpi	Kinder und Epilepsien, Kinder und Anfälle,	21,18,20	C.Eggers u.a.	Kinder - und Jugendpsychiatrie, Berlin 1989,
7	Hecklau Seibert Sabine	Effizienzüberprüfung psychomotorischer Fördermassnahmen bei Kinder mit MCD, Frankfurt, 1990	23	Peter Dold:	Früherfassung von Beziehungsstörungen: aus der Paar- und Familientherapie, Heilpäd. Rundschau90/1
8/17/1/ 26	Tietze Fritz, Paula:	Wahrnehmungs- und Bewegungsentfaltung, Heidelberg 1995	24,25, 17	Herzka Stefan	Kinderpsychopathologie, Basel Stuttgart 1981

Anhang

Hinweise für die Abklärung mit älteren Kindern

Obwohl die vorliegende Abklärung zugunsten der Beobachtung der Bewegungsqualität auf eine Normierung verzichtet, ist das Abklärungsverfahren von den Aufgabenstellungen her auf Kinder zwischen 6 und 8 Jahren (Schuleintritt) ausgerichtet. Es liefert aber auch für jüngere und ältere Kinder Situationen, in denen die Bewegung gut beurteilt werden kann. Für jüngere (5 Jahre und weniger) oder stark entwicklungsverzögerte Kinder wären die Aufgaben entsprechend zu **erleichtern**, für ältere Kinder (ab 9 Jahren) mit wenig Schwierigkeiten entsprechend zu **erschweren**. Allerdings sind wir ja oft mit stark entwicklungsverzögerten Kindern konfrontiert, so dass dann auch für ältere Kinder viele strukturierte Aufgaben noch schwierig sind. Die nachfolgenden Überlegungen sollen helfen, die vorliegende Abklärung auch für Situationen ausserhalb des oben beschriebenen Rahmens zu verwenden.

- **Allgemeine Regeln zum Erleichtern und Erschweren einzelner Aufgaben**
- **Hinweise auf Spielangebote, die sich für alle Alterstufen in Pausen eignen**
- **Hinweise zur freien Spielsituation mit älteren Kindern**
- **Zum Abklärungsbogen : Erschwerungs- / Erleichterungsmöglichkeiten zu einzelnen strukt. Bewegungsaufgaben**
- **Hinweise zur Gestaltung eines Erstkontaktes mit viel älteren Kindern und Jugendlichen**

Allgemeine Regeln zum Erleichtern und Erschweren einzelner Aufgaben

Erleichtern

- Spiel oder Übung **weniger komplex** gestalten
- für gleiche Übung ein **leichter zu handhabendes Material** wählen
- Spiel oder Übung **räumlich und zeitlich** verändern
- **Hilfestellungen** mit **Händen**
- **Hilfestellungen** mit **Sprache, Stimme oder Musik**

Erschweren

- Übung **vielfältiger, komplexer** gestalten
- zeitlich erschweren, länger oder **nach vorgegebenem Rhythmus**
- **räumlich erschweren** (vgl. Beisp. Ball auf grössere Entfernung)
- **komplexeres** Material, mehr Material
- **Reduktion** von **Hilfestellungen**

Hinweise auf Spielangebote, die sich für alle Alterstufen in Pausen eignen

Grobmotorik

Verschiedene Bälle, Basketball, Trampolin, Hängematte, Frisbee, Rollbrett (Rollsurfen), Pedalo, Sprung- und Fallmöglichkeiten, Balancebrett, Musik, Bänder, Tücher, ...

Feinmotorik

Kugelbahn Cubo aus Holz, Jenga, Lego, Jonglierbälle, Jonglierspiele (z.B. Diavolo), Musikinstrumente (Trommeln, Klavier,...), Schreibmaschine, Knetmassen, Kapplaklötze...

Grafomotorik

Zeichen- und Malmaterial, Wandtafel,

Hinweise zur offenen Spielsituation mit älteren Kindern

Man könnte meinen, je älter die Kinder werden, desto schwieriger werde die Gestaltung einer freien Spielsituation. Sicher stimmt das für einen Teil der Kinder. Nach anfänglicher Scheu und entsprechend bereitgestelltem Material lassen sich aber durchaus Situationen mit viel Eigeninitiative des Kindes initiieren. Sicher sind da und dort mehr Impulse nötig als beim Kindergartenkind. Als Eisbrecher würde ich eher eine geführte Situation oder einen Spielvorschlag für ältere Kinder verwenden (vgl. letzte Seite).

Obwohl hier das Sprechen (über Schwierigkeiten und Lebenswelt) einen grossen Stellenwert einnimmt, ist es auch mit älteren Kindern wichtig, ins gemeinsame Tun zu finden, um sie in Bewegung und Beziehung dialogisch zu erleben. Es kann sehr wichtig sein, dass das ältere Kind oder der Jugendliche auch gefordert wird (z.B. mit Balanceübungen, Tennis, Ballspiel, usw...) und erfährt, dass hier auf seine Ebene eingegangen wird. Andererseits ist es aber auch gut, in ein wettbewerbsfreies Spiel oder ins gemeinsame Gestalten zu finden (Zeichnen, Bauen, Musik, freies Bewegen zu Musik oder Material...).

Zum Abklärungsbogen : Erschwerungs- und Erleichterungsmöglichkeiten zu einzelnen strukturierten Bewegungsaufgaben

Die „allgemeinen Beobachtungen“, die „Fragen zum Selbstkonzept“ sowie der Bogen für die „offene Spielsituation“ sind auch für ältere Kinder und Jugendliche mit den gleichen Kriterien nützlich.

Ankommen, Empfang, Umziehen, Reaktionen, Vorgehenswahl, Einstieg:

Kontaktnahme und Hineinführen in den Raum, einleitende vertrauensereckende Gespräche

Erster Gesamteindruck, Resonanz

Erste Kontaktnahme mit TherapeutIn

Kommunikation: Begleitperson-Kind

Verhalten beim Umziehen:

Grundlegende allg. Beobachtungen während der ganzen Abklärung

Begleitperson

Aussehen

Ausdruck

Beziehen/Begegnen (sozial) (Ich/Du/Umwelt)

Wahrnehmen (sensorisch)

Handeln (motorisch) Raum Zeit Energie

Fühlen (affektiv)

Denken (kognitiv)

Vorlieben

Stärken/ Schwächen

Wahrnehmungen zur offenen Spielsituation Kind: Geb. Datum: Abklärungsdatum:		
E 2 Bogen leer		
Beziehen/Begegnen (soziale Aspekte)		Bewegen/Handeln Motorische Aspekte
ICH		Raum
DU		Zeit
UMWELT		Energie
Spielgeschehen, Handlung, Inhalt		
Resonanz bei TherapeutIn (Befindlichkeit im Spiel)		Vermutete szenisch/symbolische Mitteilungen/Themen
Wahrnehmen Sensorische Aspekte	Fühlen Affektive Aspekte	Denken Kognitive Aspekte

Strukturierte Bewegungsbeobachtung

Bewegungsaufgaben	Wahrnehmen (sensorisch) Präsenz, Körperorientierung, Lateralität, Raumorientierung Integration der Sinne: vestibulär, propriozeptiv, taktil, auditiv, visuell	Bewegen (motorisch) Koordination in Raum, Zeit, Energie Körperhaltung, Gleichgewicht, Bodenbezug,	Fühlen affektiv: Gefühle, Stimmungen, Konzentration, Sorgfalt, Ausdauer, Belastbarkeit	Denken kognitiv: Aufgabenverständnis, Orientierung, Planung, Umgang mit Anforderungen, Strukturen	Beziehen sozial: Dialogfähigkeit mit sich, dem Du und dem Material
			Hinweise zum Selbstkonzept		

Grobmotorik

Gehen	Gehen mit geschlossenen Augen 5-6m (Raumwahrnehmung, kinästhetische Wahrnehmung) Gehen mit geschlossenen Augen in Rufrichtung (Richtungshören und räumliche Ausrichtung)				
Laufen	Musikalische Begleitung, Tempoveränderungen Tempoveränderungen, Richtungswechsel, vorwärts-rückwärtsgehen...				
Stehen	Mit geschlossenen Augen „Baumübung“				
Einbeinstand	Mit geschlossenen Augen Abgehobenes Bein schwingen Gegenstände aufheben, Zugeworfenen Ball halten, werfen	Normangaben (Touwen) 5Jahre, 10-12 Sek., leichte Ausgleichsbewegungen, eine Seite besser 6 Jahre, 13-16 Sek. 7-8 Jahre, über 20 Sek. leichte Ausgleichsbewegungen, beide Seiten ab 9 Jahre, ohne Ausgleichsbewegungen			

Raumwege gehen

- a) „Besuche alle Reifen einmal
b) „Ich gehe Dir einen Weg durch die Reifen vor, Du merkst ihn Dir und gehst ihn dann nach!“

**Anzahl Reifen erhöhen, vermindern
Anzahl Reifen erhöhen, vermindern
Wege überkreuzen**

Springen und hüpfen: TherapeutIn und Kind zeigen sich abwechselnd verschiedene Sprung- und Hüpfarten. Das Kind soll auch selbstgewählte Formen vormachen.

Hopser	Aus Einbeinsprung aufbauen Rhythmus übernehmen (Tambourin), über Hindernisse Musik, Anpassung an Tempoveränderungen	
Einbeinsprung	Durch Seilstrasse, enger, länger, um Ecken Zick-zack übers Seil, kleine Hindernisse überhüpfen, rückwärts Stand mit der Aufgabe, Gegenstände aufzuheben	<u>Normangaben (Touwen)</u> ab 5 Jahre 9 Hüpfen ab 7/8 Jahre mehr als 20 Hüpfen ab 7 Jahre auf ganzem Fuss
Sprung auf-zu (evtl. Hampelmann)	Leiser, langsamer, in bestimmtem Rhythmus springen Räumliche Anpassung an Pflockreihe oder Reifenstrassen (Schaumstoff, Holz) Hampelmann mit Klatschen über dem Kopf, evtl. mit rhythmischer Begleitung Auf-kreuz vorn, auf-kreuz hinten, Gummitwist Sprungfiguren	<u>Normangaben Hampelmann (Dordel)</u> ab 6 Jahre ca. 8 Wiederholungen ab 7 Jahre ca. 10 Wiederholungen
Körperstellungen nachahmen Zuerst einfache, dann überkreuzte Stellungen der Arme vorzeigen und nachahmen.	Arm- und Beinstellungen verändern Ganzkörperstellungen nachahmen Stellungen von Fotos oder beweglichen Puppen nachahmen Blind an Puppe oder Körper Stellung abtasten und nachahmen Komplexere Stellungen (Yogaübungen)	
Körperstellungen ergänzen und wiederfinden (im Liegen)		

Feinmotorik im Raum

Ballspielen, Kind an Material heranführen, evtl. diverse Ballspiele

Ball fangen- werfen nahe zum Kind stehen, sachte werfen, Distanz vergrössern	Ball fallen lassen und fangen Distanz, Ballgrösse variieren, (kleine Bälle schwieriger) Bestimmte Wurfarten verlangen An Wand werfen, fangen, klatschen dazwischen	
Ballprellen→ einhändig dominante, nicht dominante Hand bei Misserfolgen helfen → anfangs hinhalten, evtl. kleiner Physioball	Abwechselnd rechts links prellen Ball aus Händen der TherapeutIn schlagen (als Anfangshilfe) Abwechselnd fliegend von TherapeutIn übernehmen und „zurückprellen“ Über Bänkli gehen und Ball immer auf Boden prellen (Anpassung an Höhe) Ohne direkten Visus, nur im Gesichtsfeld prellen	
Daumen-Finger-Übung	Keine Erschwerungen	
Drehbewegung der Hand Aktiver Arm angewinkelt, passiver locker hängen lassen, langsam vorzeigen, auf Gegenarm achten, mit dominanter Hand beginnen!	Hilfestellung bei Problemen: Wenn Bewegung nicht gelingt hinter das Kind stehen und Bewegung so vormachen, dass für das Kind auf der ausführenden Seite die gleiche sich drehende Hand mit Unterarm der TherapeutIn sichtbar wird	<u>Normangaben (Ruf-Bächtiger)</u> ab 9 locker, rasch, flüssig bis 9/10 unverkrampfte Imitationssynkinesien normal ab 10 assoziierte Bewegungen → Retardierung

Feinmotorik/ Arbeit am Tisch

Hand- und Fingerbewegungen: Die Feinmotorik soll auch anhand von Alltagstätigkeiten beobachtet werden. Spielvarianten mit den Klötzchen oder mit Ablösen, Falten, Schneiden sollen aufgenommen werden. Auch kleine Gespräche über den Umgang mit solchen Arbeiten zu Hause oder in der Schule können aufschlussreich sein.		
Bauen mit Holzklötzen „Versuche diese Figur auf dem Foto nachzubauen!“ (Hilfe: Statt Foto-vorbauen)	Komplexere Vorlagen mit mehr verdeckten Klötzchen, vgl.Kopie	<u>Normierung (Biäsch/Fischer)</u> ab 8 Jahren mit wenigen, später mit mehreren verdeckten Klötzen möglich
Figur ablösen, Schneiden, Falten	Komplexere Schneidearbeiten, Scherenschnitt, Stärkere Präzisionsanforderungen	

Grafomotorik

Bogen zeichnen Grafobogen	Komplexere grafische Aufgaben, vgl. auch grafomotorische Begutachtung Schreibproben frei, nach Diktat oder Vorlagen
Formen wiedererkennen und nachzeichnen Grafobogen	Komplexere Formerfassungsaufgaben vgl. auch grafomotorische Begutachtung
Menschzeichnung	Weitere Zeichenaufgaben: freie Zeichnung, Familienzeichnung, Warteggttest, usw...

Erstkontakt mit viel älteren Kindern und Jugendlichen

Bei viel älteren Kindern und Jugendlichen empfiehlt es sich, völlig von der Abklärung wegzugehen und eine freie Erststunde zu gestalten. Es ist möglich, dass das Gespräch mit dem Jugendlichen im Vordergrund steht, in welchem Probleme, Schwierigkeiten, Erwartungen und Befürchtungen aber auch Freizeitszene, Musik, Sport usw. angesprochen werden können. Ein Erstkontakt in der Psychomotoriktherapie soll aber auf keinen Fall beim Sprechen bleiben. Jugendliche sollen auch erfahren, wie hier gearbeitet wird, was sie erwartet. Sie sollen bewegungsmässig gefordert werden. Neben den grundlegenden Beobachtungen, die für alle Altersstufen Gültigkeit haben, sollte es möglich sein, zentrale Grössen der Bewegung zu beobachten. Hierbei könnten folgende Ideen einfließen:

Trampolin, Minitrampolin vgl. Unterlagen zum KTK Kiphard	Gesamtkörperkoordination, Körperachse, Gleichgewicht, Energieeinsatz (Kraft, Tempo, Spannungsgrad), Asymmetrien, Extrabewegungen.....
Pedalofahrten erschwert (mit Ballwerfen u.a.) Tennis , Ballontennis, Tischtennis	Koordination der Beine, Kraftdosierung der Beine, Gleichgewicht, Ausgleichsbewegungen Aug - Handkoordination, Kraftdosierung, räumliche Orientierung, Reaktion, emotionaler Umgang mit Spiel
Ballspiele (Basketball, Handball mit Prellen, werfen in Bewegung, Fussball,...)	Aug- Handkoordination, Kraftdosierung, räumliche Orientierung, Reaktion, emotionaler Umgang mit Spiel, Ballgeschicklichkeit, allgemeine Bewegungsharmonie
Balanceaufgaben (Balken, Balanco, Balancebrett)	Gleichgewicht, Übungswille-Frustration
Komplexe Körperstellungen (Yogaübungen, Statuen kopieren, bilden, Gymnastikübungen)	Körperorientierung, Formerfassung und Wiedergabe
Komplexere Raumorientierungsaufgaben (Raumwege nach Diktat, mit akustischen Signalen blind, Führen-folgen Variationen blind)	Raumorientierung, Gefühl für blindes Bewegen, tonische Anpassung, tonischer Dialog, Bewegungsharmonie,
Trommeln (Kreatives Miteinander, Frage - Antworten, Motive), Feinmotorische Aufgaben: Körper blind modellieren, komplexere Bastelarbeiten (Scherenschnitt) Klavierspielen, Schreibmaschine	Rhythmusgefühl, Kooperation und Kommunikation) Finger- und Feinmotorik Feingeschick, Unabhängigkeit der Hände, Praxie, taktil-kinästhetische Wahrnehmung, Kraftdosierung, Handdominanz, kreative Gestaltungsmöglichkeiten
Grafomotorik (Freies Malen/Zeichnen, Schreibproben frei, diktiert, kopiert, auf Tempo, blind,... vgl. auch Grafomotorischen Begutachtung , evt. Schreibbewegungstest von M. Heermann),	Sitzhaltung, Arm-, Hand-, Stifthaltung, Tonus, Schreibrhythmus, Formerfassung und Wiedergabe zeichnerische Kreativität

Diagnostik in der Psychomotoriktherapie: Verwendete Literatur:

- Argelander** Herrmann
Ayres, Jean
ASTP Hrsg.
ASTP IV Kommission
Bachmann, Marianne
Brand, Ingelid u.a.
Bundschuh, Konrad
Càrdenas, Barbara
Dilling H., und Team
Dropsy Jacques
Eggert, Dietrich
Eggert, Dietrich
Esser, Marion
Goetze H., **Jaede** W.
Heimberg, Dora
Herzka, Stefan
Heyer Oeschger, Margot
Holle, Britta
Kesper, Gudrun u.a.
Kiphard, E.J.
Kiphard, E.J. / **Olbrich** I.
Kiphard, E.J. / **Schilling**, F.
Kobi, Emil E.
Kobi, Emil E.
Köck, Peter
Kurz, Frieda
Lapierre A. / **Aucouturier** B.
Lorenzer, Alfred
Moor, Paul
Mahler / **Pine** / Bergmann
Naville, Suzanne
Naville / **Weber**
Neuhaus Cordula
Petzold, Hilarion
Petzold, Hilarion
Prohl / **Seewald** (Hrsg.)
Rilke, Rainer Maria
Rudolf Horst
Ruf-Bächtiger, L.
Schäfer, Gerd E.
- Das Erstinterview in der Psychotherapie**, Darmstadt 1992
Bausteine der kindlichen Entwicklung, Berlin 1984
Psychomotoriktherapie, Edition SZH, Luzern 1991
Zusammenstellung von B. Kleiner u. a. aus Kreisschreiben der Invalidenversicherung, Bern, 2000
Unterrichtsmaterial Methodik/Didaktik, Basel 1994
Integrationsstörungen, Diagnose und Therapie, Verlag Maria Stern Schule, Würzburg 1986
Praxiskonzepte der Förderdiagnostik, Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 1994
Diagnostik mit Pfiffigunde, Borgmann, Dortmund 1992
ICD-10 Kapitel V (F), www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/icd10.htm, Fachhochschule Lübeck, 2002
Lebe Deinen Körper, Kösel, München, 1982
Von den Stärken ausgehen, Dortmund, 1997
DMB, Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen, Borgmann, Dortmund 1993
Beweg-Gründe, Ernst Reinhardt-Verlag, 1992
Die nicht- direktive Spieltherapie, Fischer, Frankfurt am Main, 1984
Erfassen und Fördern im Kindergarten 1, Schwerpunkt „Bewegung“, Verlag KG-CH, Zürich 1991
Untersuchung von Kindern, Vandenhoeck, Göttingen 1986
Erfassen und Fördern im Kindergarten 2, Schwerpunkt „Wahrnehmung“ Verlag KG-CH, Zürich 1993
Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes, München 1988
Mototherapie bei sensorischen Integrationsstörungen, Ernst Reinhardt. München 1993
Mototherapie 1 und 2, Dortmund 1983
Psychomotorik und Familie, Dortmund, 1995
Bewegungs- und Koordinationsschwächen im Grundschulalter, K. Hoffmann, 1982
Diagnostik in der heilpädagogischen Arbeit, Luzern SZH, 1990
Grundfragen der Heilpädagogik, Bern 1993
Praxis der Beobachtung, Donauworth, 1990
Zur Sprache kommen, Psychoanalytisch orientierte Sprachtherapie mit Kindern, E. Reinhardt, München 1993
Die Symbolik der Bewegung, Reinhardt Verlag, München 1998
Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie, Psyche Heft 2, 1983
Heilpädagogik, Ein heilpädagogisches Lehrbuch, HPS Reihe 7, Luzern 1993
Die psychische Geburt des Menschen, Fischer, Frankfurt 1993
Abklärungsunterlagen HPS, Zürich, 1985
Sreening-Test, Luzern, 1993, Testheft zum Video
Hyperaktive Kinder und ihre Probleme, Berlin 2000
Integrative Therapie Band 1, Paderborn, 1993
Die neuen Körpertherapien, Paderborn 1977
Bewegung verstehen, Karl Hofmann, Schondorf 1995
Gesammelte Gedichte, Suhrkamp, 1984
Grafomotorische Testbatterie, Basel 1986
Das frühkindliche psycho-organische Syndrom, Diagnostik und Therapie, Thieme, Stuttgart 1995
Spiel, Phantasie und Selbstbezug, In Kreuzer: Handbuch der Spielpädagogik. Band 1. Düsseldorf 1983,

Schäfer, Gerd E.
Seewald, Jürgen
Seewald, Jürgen
Schulz von Thun, F.
Stettler, Marianne
von Staabs, Gerdhild
Winnicott, D.W.
Touwen, Bert C.L.
Zimmer, Renate/**Volkamer**, M
Zimmer, Renate

Spielphantasie und Spielumwelt, München 1989
Leib und Symbol, W. Fink, München 1992
Zum Problem der Diagnostik in Psychomotorik und Motologie, in „Praxis der Psychomotorik“, Jg.24 (3), 1999
Miteinander reden: Störungen und Klärungen, Hamburg 1987
Spiel beobachten – verstehen, Die freie Spielsituation in der psychomotorischen Abklärung, Basel 1998, Diplomarbeit
Der Szenotest, Bern 1978
Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart 1985
Die Untersuchung von Kindern mit geringen neurologischen Funktionsstörungen, Thieme, Stuttgart 1982
MOT 4-6. Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder. Weinheim 1987
Handbuch der Psychomotorik, Freiburg i. B., 1999