

STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 21 ■ Juli 2012 ■ ISSN 1991-9883

Editorial CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG

Liebe LeserInnen!



Wie Sie sicherlich bemerkt haben, erscheint die aktuelle Ausgabe der „Standards in Diagnostik und Therapie“, welche sich therapeutischen Interventionsmöglichkeiten bei motorischen Entwicklungsstörungen widmet, verspätet – nämlich ein halbes Jahr nach der vergangenen Ausgabe. Wir müssen aufgrund der hohen

Auslastung der beiden Ambulatorien unter Berücksichtigung unserer Ressourcen in der aktuellen Situation Prioritäten setzen und haben uns entschieden dies in Richtung unserer Kernaufgabe, der diagnostischen und therapeutischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien zu tun. Dementsprechend wird unsere Zeitschrift

zukünftig nicht mehr quartalsmäßig, sondern halbjährlich erscheinen. Natürlich bildet die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Kinder/Jugendliche mit neurologischen und/oder psychischen Auffälligkeiten trotzdem weiterhin einen wichtigen Arbeitsschwerpunkt für uns. Wir hoffen auf Ihr Verständnis und wünschen Ihnen bei der Lektüre des aktuellen Artikels viel Vergnügen.

Christine Wernisch-Pozewaunig

Vorschau der nächsten drei Ausgaben

SID&T Nr. 22 Jänner/Feber 2013:

Diagnostik von Angststörungen

SID&T Nr. 23 Juli/August 2013:

Therapie von Angststörungen

SID&T Nr. 24 Jänner/Feber 2014:

Diagnostik von Depressionen

Therapie von motorischen Entwicklungsstörungen

Im Rahmen der Fachinformation über motorische Entwicklungsstörungen folgt nun, nach der Abhandlung über diagnostische Maßnahmen (siehe SiD&T-Ausgabe Nr. 20), die weiterführende Information über mögliche therapeutische Behandlungsansätze.

Im Rahmen des Artikels werden Interventionen, Verfahren und Behandlungskonzepte vorgestellt, die bei den häufigsten motorischen Entwicklungsstörungen zur Anwendung kommen können:

1. Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
2. Minimale Cerebralparesen (MCP)
3. Cerebralparesen (CP)
4. Transitorische, vorübergehende neurologische Symptome (TNS)

Fallvignette (Simon, 7 Jahre)

Nach den erfolgten diagnostischen Maßnahmen (siehe SiD&T-Artikel Nr. 20) wurde gemeinsam Simon und seiner Mutter eine Befundbesprechung durchgeführt. Im Rahmen dieser wurde das weitere gemeinsame Vorgehen festgelegt und mit beiden gemeinsam alltagsrelevante Therapieziele formuliert.

Mit Hilfe eines halbstrukturierten Interviewbogens wurden Simons alltagsrelevante Problembereiche erhoben und von

M. Theiss, A. Nössler, P. Stojkovic, R. Winkler, G. Spiel

ihm und seiner Mutter hinsichtlich Qualität der motorischen Ausführung einer Aktivität sowie seiner Zufriedenheit diesbezüglich auf einer 10-teiligen Skala bewertet. Weiters wurde nach der Wichtigkeit der jeweiligen Fertigkeit in Simons Alltag gefragt.

Alltagsprobleme/ Partizipationseinschränkungen	Qualität	Zufriedenheit	Wichtigkeit
Bereich Selbstversorgung			
Anziehen (unselbständig, langsam), Schließen und Öffnen von kleinen Knöpfen.	3	5	10
Bereich Produktivität/Schule und Freizeit			
Schreiben (Handgelenkschmerzen beim Schreiben; geringes Schreibtempo, wenig leserliches Schriftbild)	2	3	10
Werken und Basteln (mangelnde Geschicklichkeit und Genauigkeit beim Schneiden, Kleben etc.).	6	7	9
Balancieren und Klettern (mangelndes Gleichgewicht)	6	7	5

Tabelle 1: Simons definierte Alltagsprobleme mit der Bewertung hinsichtlich Qualität, Zufriedenheit und Wichtigkeit (Skala von 1 „geringe Qualität/ nicht zufrieden/nicht wichtig“ bis 10 „sehr gute Qualität/sehr zufrieden/sehr wichtig“)

Es wurde ersichtlich, dass gerade die fein- und grafomotorischen Anforderungen im Alltag Simons Partizipationsfähigkeit in den Bereichen Selbstversorgung und Schule am deutlichsten einschränken und für ihn einen deutlichen Leidensdruck darstellen. Aufgrund dessen war es ihm wichtig, diese Fertigkeiten im Rahmen der geplanten Therapie zu verbessern.

Aus den genannten Problembereichen wurden mit Simon und der Mutter folgende Therapieziele formuliert (SMART-Kriterien):

1. Simon hält am Ende des Therapieblockes sein Schreibwerkzeug in einem ökonomischen 3-Punkt-Griff.
2. Simon setzt seine Schreibfinger isoliert und beweglich beim Schreiben ein um sein Handgelenk zu entlasten.
3. Simon hält die Lineatur beim Schreiben ein und kann die Buchstaben flüssig und konstant reproduzieren.
4. Simon kann sich selbständig anziehen und Hemdknöpfe mit einem Durchmesser von 0,5 cm selbständig schließen und öffnen.
5. Simon kann eine Schere adäquat halten und eine vorgezeichnete Rundung (Kreisform) exakt ausschneiden.

Um die vereinbarten feinmotorischen Therapieziele zu erreichen, wurden mit Simon funktionelle Übungen (zur Manipulationsfähigkeit, zur selektiven Fingerbeweglichkeit, zur In-Hand-Differenzierung, zur Kraftdosierung, etc.), Spiele mit feinmotorischen Anforderungen und Bastelarbeiten mit unterschiedlichen motorischen Anforderungen durchgeführt.

Um den Umgang mit Verschlüssen zu erlernen wurde ein Verschlüssewürfel bzw. -brett eingesetzt. Die erlernte motorische Kompetenz wurde durch das selbständige Anziehen und Zuknöpfen eines Malhemdes in den Therapieeinheiten erweitert. Weiters wurde die Mutter angeleitet, zu Hause ihre Hilfestellung beim Knöpfeln zu reduzieren und Simon lediglich durch motivierenden Zuspruch und verbale Anleitung zu unterstützen.

Um einen ökonomischen 3-Punkt-Griff anzubahnen, wurden zu Beginn des Therapieblockes Schreibhilfen verwendet. Die auf den Schreibhilfen vorhandenen Mulden erleichterten eine korrekte Fingerpositionierung der drei Schreibfinger am Schreibgerät. Weiters führten sie zu einer weniger verkrampften Hand- und Fingerhaltung und somit zu einer verbesserten Fingerbeweglichkeit und einer Entlastung des Handgelenkes.

Verschiedene grafomotorische Programme wurden herangezogen, um die Produktion grafischer Grundelemente zu erarbeiten und zu automatisieren (motorisch und kognitiv). Additiv erfolgte eine Aufklärung und Beratung der Lehrerin hinsichtlich Simons fein- und grafomotorischer Schwierigkeiten, um Verständnis für Simons Diagnose und seine daraus resultierenden schulischen Alltagsschwierigkeiten zu erreichen und durch Beratung hinsichtlich entlastender Maßnahmen (geeignetes Schreibgerät erlauben, Schreibpensum verringern, mehr Zeit für Schreibarbeiten geben, Vermeidung negativer Äußerungen über das Schriftbild, adäquate Unterstützung im Werkunterricht, ...) seine Partizipationsfähigkeit zu erhöhen.

Übergeordnete Behandlungsziele

Durch gezielte therapeutische Interventionen soll die Handlungskompetenz in den verschiedenen Lebensbereichen zu einer verstärkten Partizipation im Alltag und somit zu einer

gesteigerten Lebensqualität und –zufriedenheit des Kindes und der Familie führen.

Als wesentliche Indikationen für die Notwendigkeit und Einleitung therapeutischer Maßnahmen gelten neben bereits bestehenden Einschränkungen bei der Durchführung alltagsrelevanter Tätigkeiten sowie ein dadurch vorhandener Leidensdruck der betroffenen Kinder und Eltern ein drohender Entwicklungsstillstand bzw. Entwicklungsrückstand.

Formulierte Therapieziele, Interventionsansätze, eingesetzte Verfahren und Konzepte, das Therapiesetting sowie ergänzende Therapieoptionen (Medizin, Hilfsmittelversorgung, Umfeldberatung) werden dem jeweiligen Störungsbild und der Störungstiefe entsprechend angepasst.

Formulierung von Therapiezielen

Zur Identifizierung der funktionalen Beeinträchtigungen und der Partizipationsprobleme werden die in der Diagnostik gewonnen Daten herangezogen (siehe SiD&T-Artikel Nr. 20).

Halbstrukturierte Interviewbögen wie beispielsweise Child Occupational Self Assessment COSA, Canadian Occupational Performance Measure COPM, Short Child Occupational Profile SCOPE, Assessment of Motor and Process Skills AMPS, Pediatric Evaluation of Disability Inventory PEDI o. ä. können zur weiteren Analyse von Alltagsproblemen verwendet werden. Diese ermöglichen den Eltern und dem Kind eine Erarbeitung einzelner Problemfelder und eine Einschätzung derselben hinsichtlich Qualität, Zufriedenheit und Wichtigkeit.

In weiterer Folge wird eine Problemhierarchie erstellt und darauf aufbauend gemeinsam mit dem Therapeuten individuelle Therapieziele formuliert und festgelegt, die vorrangig auf der Ebene der Aktivität und der Teilhabe ansetzen. Die Formulierung der Ziele sollte dabei kriterienspezifisch erfolgen („spezifisch-messbar-angemessen-realistisch und terminisiert“, SMART-Formulierung) und dient der Evaluierung und Qualitätssicherung des jeweiligen Therapeuten bzw. der jeweiligen Berufsgruppe.

Interventionsansätze

Grundsätzlich lassen sich drei unterschiedliche Therapieansätze in der Behandlung von motorischen Entwicklungsstörungen beschreiben:

1. Problemlöseorientiertes, handlungszentriertes Training von alltäglichen Anforderungen zur unmittelbaren Unterstützung bei der praktischen Betätigung wie zum Beispiel beim An- und Ausziehen, Öffnen und Schließen von verschiedenen Verschlüssen, Binden von Knoten und Maschen, Umgang mit Besteck, Malen und Schreiben, Gebrauch diverser Werkzeuge (Schere, Spitzer, Lineal, Hammer, Säge, etc.), Radfahren, Klettern und Balancieren, Ballspielen, Springen/Hüpfen o.ä.

Durch Anleitung der Kinder und Üben der Handlung selbst sollte dieser Interventionsansatz zur unmittelbaren Erhöhung der Selbständigkeit des Kindes im Alltag führen (top-down-Prozess).

2. Funktionsorientiertes Training in Bezug auf: Gleichgewicht und Haltungskontrolle, Muskeltonusregulation, Kontrakturprophylaxe, Kraftentwicklung und -dosierung, Koordination/ räumlich-zeitliche Präzision, Ausdauer/ Kondition, taktil-kinästhetische/ visuelle/ auditive Wahrnehmungsprozesse, aktive Hand- und Greiffunktionen, isolierte Fingerbeweglichkeit und In-Hand-Differenzierung, Auge-Hand- und Hand-Hand-Koordination, interdigitale Rotations- und Translationsbewegungen.

Diese Interventionen sind darauf ausgerichtet, einzelne Dimensionen motorischer Funktionen (vgl. SiD&T-Artikel Nr. 20) zu verbessern (bottom-up-Prozess).

3. Kombiniertes (funktions- und handlungsorientiertes) Training: Ein Trainieren bestimmter Körperfunktionen kann vorbereitend und unterstützend notwendig und sinnvoll sein, sollte aber immer in Hinblick auf das definierte Alltagsproblem erfolgen. Die alltagsnahe, für das Kind bedeutungsvolle Gestaltung der Übungssituation erhöht die Motivation und erleichtert dabei den Transfer des Erlernten in den Alltag.

Verfahren und Konzepte

Den unterschiedlichen Professionen, die sich mit der Therapie von Kindern mit motorischen Entwicklungsstörungen in der Kinder- und Jugendneurologie und -psychiatrie beschäftigen, stehen verschiedene Verfahren und Konzepte zur Verfügung, die als nützliches Behandlungswerkzeug ihre praktische Anwendung finden, bis dato jedoch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit noch wenig wissenschaftlich evaluiert und belegt sind (Bobath, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation, Sensorische Integration, Affolter, Perfetti, Castillo Morales, Frostig, o.ä.). Viele dieser Konzepte zielen auf das Trainieren einzelner Funktionen ab, nur wenige davon lassen sich, wie beispielsweise das Konzept „Cognitiv Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)“, vollständig in einen Top-down-Ansatz übernehmen.

Einige Therapieansätze hingegen weisen ausreichende wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf (Forced-Use, bzw. Constraint Induced Movement Therapy, Laufbandtraining, Krafttraining, Neuromotor Task Training NTT, CO-OP).

Setting und Rahmenbedingungen

Therapien von motorischen Entwicklungsstörungen finden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting statt. Die therapeutischen Maßnahmen (Verfahren, Konzepte, Interventionsansätze) unterscheiden sich in diesen beiden Settings kaum. In der Betreuung eines Kindes im Rahmen einer Einzeltherapie kann jedoch individueller und gezielter auf die jeweilige Problematik des Kindes eingegangen werden. Aufgrund der Komplexität eines Störungsbildes kann es gerade zu Beginn einer therapeutischen Intervention für ein Kind sinnvoll sein im Einzelsetting betreut zu werden.

Eine Behandlung in Kleingruppen scheint aber in vielen Fällen genauso effektiv und überzeugend zu sein wie ein Einzeltherapiesetting, insbesondere dann, wenn es sich um mäßiggradige Entwicklungsstörungen handelt und die Kinder älter als 5 Jahre alt sind (AWMF online, 2011).

Kleingruppen stellen nicht nur das natürliche Lernumfeld der Kinder dar, sondern können auch durch spielerische und ressourcenorientierte Umsetzung der Therapiemaßnahmen gruppenspezifische Prozesse in Gang setzen, welche die Motivation zur Mitarbeit deutlich unterstützen. Später, bei ausreichender Compliance, kann defizitorientierter geübt werden, um gezielt die beeinträchtigte Aktivität und Funktion zu verbessern.

Weiters lernen Kinder in Gruppen durch Nachahmung. Auch die Entwicklung neuer (eigener) Strategien kann angeregt werden. Das Erkennen von eigenen Stärken und Schwächen, sowie das Erkennen „ich bin nicht alleine mit meinem Problem“ können einerseits zur Stärkung des Selbstwertes und des Selbstvertrauens beitragen, andererseits kann das Kind aber auch lernen mit seinen Schwächen sozial angemessen umzugehen.

Häufige Gruppen im Rahmen der Therapie motorischer Entwicklungsstörungen sind Psychomotorikgruppen, Klettergruppen, fein- und grafomotorische Kleingruppen, etc. Die Anwesenheit eines Co-Therapeuten kann in Gruppen sinnvoll sein. In einigen Fällen ergänzen sich dabei funktionelle TherapeutInnen und klinische PsychologInnen, da gerade bei Kindern mit bereits vorhandenen sozio-emotionalen Störungen im Rahmen sekundärer Verhaltensauffälligkeiten (beispielsweise geringe Frustrationstoleranz, sozialer Rückzug etc.), schwierige gruppenspezifische Prozesse die fachliche Expertise eines Psychologen/einer Psychologin benötigen.

Weitere unterstützende Therapieoptionen

Medikamentöse:

Bei einigen Krankheitsbildern kann eine medikamentöse Therapie zielführend sein, um motorische Funktionalität zu erhalten bzw. zu verbessern. Insbesondere für Kinder, die an einer Cerebralparese mit ausgeprägter Spastik leiden, kann die medikamentöse Behandlung mit einer parallel laufenden physiotherapeutischen Begleitung das Mittel der Wahl sein.

In zahlreichen Studien hat sich die Wirkung der Botulinum-Toxin-Therapie zur Behandlung der fokalen und regionalen Spastik als effektiv erwiesen. Bei schwerer Muskelspastik kommt als Ergänzungstherapie die orale antispastische Behandlung, bzw. bei besonders schweren Verläufen die intrathekale Baclofen-Dauertherapie mittels Pumpe zum Einsatz. Nicht zuletzt aufgrund der guten Therapieerfolge mit Botulinum-Toxin sind operative Verfahren bei der Behandlung der Spastik nur noch in Ausnahmefällen indiziert. Sie werden in erster Linie zur Behandlung schwerer Gelenkfehlstellungen durchgeführt. Das Gleiche gilt für elektrische oder magnetische Reiztherapien.

Hilfsmittel und Kompensationsstrategien:

Generell gilt der Grundsatz: „So viel wie notwendig und so wenig wie möglich“.

Die Hilfsmittelversorgung erfolgt wie die Durchführung der Therapie diagnosespezifisch und richtet sich nach den jeweiligen Bedürfnissen des Kindes.

Bei bestimmten Krankheitsbildern, welche die Motorik des Kindes deutlich einschränken können (bei Formen der Cerebralparese) ist ein Wiedererlangen gewünschter Körperfunktionen oftmals nicht möglich bzw. ist ein schrittweiser Verlust von noch erhalten gebliebenen Funktionen in Verlauf der Krankheit zu erwarten. Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung kommen unterschiedliche Hilfsmittel, die die verschiedenen Defizite kompensieren bzw. den Alltag der betroffenen Kinder erleichtern, zum Einsatz (zum Beispiel Schuheinlagen, orthopädische Schuhe, Lagerungsschienen/Orthesen, Rollstühle, Walker, Lifter, Strumpfanzieher, Einhänderbrett, Einhändertasturen, etc.). Abgesehen von einzelnen Griffhilfen sowie der Versorgung mit geeigneten Schreibgeräten oder ergonomischen Sitzkissen bei grafomotorischen Problemen ist eine Hilfsmittelversorgung im Rahmen von umschriebenen motorischen Entwicklungsstörungen und einer MCP nur in Ausnahmefällen notwendig.

Häufig kann dem Kind durch einen Hinweis auf bestimmte Kompensationsstrategien (korrekte Sitzhaltung, korrektes Positionieren des Schreibarmes, etc.) geholfen werden, die es nach Erarbeitung und Bewusstmachung in der Therapieeinheit im Alltag versucht selbständig umzusetzen.

Umfeldberatung

Kinder mit einer motorischen Entwicklungsstörung benötigen zahlreiche Möglichkeiten motorische Fertigkeiten zu erlernen (zu Hause, in der Schule, bei Freizeit- und Sportveranstaltungen). Daher erfolgt im Rahmen der therapeutischen Behandlung additiv eine Umfeldberatung mit dem Ziel

- einer Psychoedukation aller Bezugspersonen des Kindes
- eines regelmäßigen Übens im häuslichen Rahmen um einen Alltagstransfer zu erreichen
- ein Bewusstsein zu schaffen für geeignete, den jeweiligen motorischen Kompetenzen des Kindes entsprechende Spiel- und Sportgeräte/-aktivitäten

Therapieevaluation, Überprüfung der Therapieziele

Nach Abschluss der therapeutischen Interventionen werden die durchgeführten Therapien durch Retestung mittels standardisierter Verfahren auf ihre Effizienz hin untersucht. Gleichzeitig werden gemeinsam mit Kind und Eltern die vereinbarten therapeutischen Ziele auf ihr Erreichen hin überprüft und bewertet.

Bleiben Therapieziele unerreicht, wird im interdisziplinären Team das weitere therapeutische Procedere besprochen.

Im Falle eines Therapieabschlusses erfolgt die Katamnese sechs Monate nach dessen Beendigung.

Bei cerebralparetischen Krankheitsbildern kann jedoch eine dauerhafte therapeutische Begleitung sinnvoll und notwendig sein. Jedoch sollte auch in solchen Fällen langfristig eine Reduktion der Anzahl der therapeutischen Behandlungen angestrebt werden.

Zusammenfassend gilt Folgendes (in Anlehnung an die AWMF-Leitlinien, 2011):

Interventionen sollten

- Aktivitäten enthalten, die funktionell sind und auf jenen beruhen, die maßgeblich für das tägliche Leben und bedeutsam für das Kind, seine Eltern, Lehrer und weitere Bezugspersonen sind.
- die Wünsche des Kindes mit einbeziehen.
- Menschen des sozialen Umfeldes involvieren, die einen Beitrag leisten können (Eltern, Lehrer, Therapeuten, weitere Familienmitglieder, etc.), um eine Generalisierung und Anwendung im Kontext des täglichen Lebens zu fördern.
- evidenzbasiert sein und auf Theorien gründen.

Detaillierte Literaturangaben erhalten Sie bei den AutorInnen:

Mag. Maximilian Theiss

Ergotherapeut
MINI AMBULATORIUM Wolfsberg
maximilian.theiss@promente-kijufa.at

Andrea Nössler

Ergotherapeutin
MINI AMBULATORIUM Wolfsberg
andrea.noessler@promente-kijufa.at

Peter Stojkovic

Physiotherapeut
Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
am LKH Klagenfurt
Peter.Stojkovic@kabeg.at

Dr. Rudolf Winkler

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie
ZFA Neuropädiatrie
FA für Psychiatrie und Neurologie
Psychotherapeut
MINI AMBULATORIEN St. Veit/Glan und Wolfsberg
rudolf.winkler@promente-kijufa.at

Univ.-Doz. Dr. Georg Spiel

FA für Neurologie, Neuropädiatrie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeut
pro mente kinder jugend familie
georg.spiel@promente-kijufa.at

Impressum:

Herausgeber: pro mente: kinder jugend familie GmbH, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren sozialen Kontext **Büro:** 9020 Klagenfurt, Villacherstraße 161 **office@promente-kijufa.at**
Tel: (0463) 55112 **Fax:** (0463) 501256 **Druck/Versand:** pro mente: kinder jugend familie **Redaktion:** Fachbereich Ambulanz, Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig, christine.wernisch@promente-kijufa.at **Layout:** Mag. Joachim Pet-scharnig