

Karsten oder „Wo Du nicht bist, kann ich nicht sein“

Beate Götz

Rielasingen-Worblingen, Deutschland

Schlüsselwörter: Ergotherapie, sensomotorische Integrations- und Teilleistungsstörung bei Kindern, Geburtstrauma als Ursache, Mutter-Kind-Interaktion

Abstract: The Occupational Therapy works on children with learning and sensorimotor disorders mostly based on the method of “sensomotor integration therapy”. Those disorders are neurogenic dysfunctions of a non cerebral-organic genesis. The present report describes exemplifying the therapeutic process of a five-year-old boy with the diagnosis of visual perception disorder. The traditional understanding in medicine and psychology for this kind of non-cerebral-organic developmental disorder actually does not allow an emotional conflict nor psychoenergetic processes as primary causing factors. However, the disorder itself of that child is meant here as a symptom caused by a grave birth-trauma and not as a primary causing reason for the symptoms. The writer tries to make sensible for a new understanding for this kind of retardations in infants development.

Zusammenfassung: Die Ergotherapie arbeitet mit lernauffälligen und sensomotorisch gestörten Kindern nach der Methode der Sensomotorischen Integrationstherapie. Bei diesen Störungen handelt es sich um neurogene Dysfunktionen nicht hirnrorganischen Ursprungs. Dieser Bericht beschreibt als stellvertretendes Beispiel, den Verlauf einer Therapie mit einem fünfjährigen Jungen mit visuellen Wahrnehmungsstörungen. Das traditionelle medizinische und psychologische Verständnis erlaubt bisher weder einen emotionalen Konflikt noch psychoenergetische Prozesse als primär verursachende Faktoren dieser nicht hirnrorganisch bedingten Entwicklungsstörung. Die Störung selbst wird hier jedoch zum Symptom infolge eines schweren Geburtstraumas und nicht zur primären Ursache für die Symptomatik. Die Autorin versucht, auf ein neues Verständnis dieser Formen der kindlichen Entwicklungsverzögerung aufmerksam zu machen.

*

Einführung

Die Ergotherapie ist eine Therapieform für Erwachsene und Kinder, die sich entsprechend der Bedeutung des griechischen Verbs *ergein*, gleich „tätig sein, handeln“, in ihren therapeutischen Ansätzen durch das Handeln im engeren und weiteren Sinn definiert.

Korrespondenzanschrift: Beate Götz, Alemannenstr. 4, 78239 Rielasingen-Worblingen, email: doebea@aol.com

Ein zentraler Anteil der Gestaltung unseres Alltags ist gekennzeichnet von Handlungen und Tätigkeiten unterschiedlichster Art. Was hindert nun besonders immer mehr Kinder daran, ihre altersentsprechenden Möglichkeiten zum Handeln zu nutzen in Form von spielerischer, sinnvoller oder ‚praktischer‘ Anteilnahme am alltäglichen Leben zu Hause, im Kindergarten und in der Schule? Sie können häufig weder basteln noch „richtig“ spielen. Was sie auch tun – „sie sind nicht bei der Sache“. Was sie in die Hand nehmen, geht zu Bruch. Wo sie entlanglaufen, rennen sie etwas um. Sie sind entweder ‚bewegungsfaul‘ oder das genaue Gegenteil. Sie sprechen unartikuliert oder dysgrammatisch. Und sie entwickeln Lernstörungen bis hin zur Legasthenie und Dyskalkulie. Am Computer sind sie der Held, aber im „wirklichen“ Leben können sie sich nicht orientieren, erweisen sich als unselbständig und dyspraktisch.

Bei der eher saloppen Beschreibung der betroffenen Kinder handelt es sich nicht um die Auswirkungen der in letzter Zeit hoch aktuellen und viel diskutierten Diagnose des „Aufmerksamkeitsdefizit Syndroms“ (ADS). Es handelt sich vielmehr „nur“ um Symptome einer gestörten Fein- und Grobmotorik, des taktilen, auditiven und visuellen sowie vestibulären und propriozeptiven Wahrnehmungssystems, die meist unter der Diagnose „Sensorische Integrationsstörung“ zusammengefaßt werden. Dieser Begriff der Sensorischen Integrationsstörung, kurz „SI-Störung“, geht auf die amerikanische Ergotherapeutin und Psychologin Jean Ayres zurück.

Ayres stellte sich bereits vor mehr als 30 Jahren die gleiche, von mir eingangs gestellte Frage: Was hindert mehr und mehr Kinder an der aktiven, sinnvollen und praktischen Teilnahme am alltäglichen Leben? Ihre Antwort lautete in Kurzfassung: die neurophysiologische Reizverarbeitung des Sensoriums der betroffenen Kinder ist auf Hirnstammebene gestört. Ayres' Theorie und Behandlungsmethode wurde in den USA wie in Europa als SI-Therapie bekannt und ist die bis heute unter den meisten Pädiatern, Neuropädiatern sowie Kinder- und Jugendpsychiatern anerkannt. Neben der Bezeichnung der SI-Störung existiert weiterhin noch der Begriff der Teilleistungsstörung, bei der isoliert nur ein oder zwei Wahrnehmungsbereiche, meist das visuelle und/oder das auditive System betroffen sind.

Die Ursache sowohl für die SI-Störung als auch für die Teilleistungsstörung wird bisher, neben motivations- und entwicklungspsychologischen Faktoren, auf eine funktionale neurophysiologische Reizverarbeitungsstörung nicht hirnorganischer Genese zurückgeführt. Nach diesem Verständnis wird eine entsprechende auf neurophysiologischer Grundlage basierende Therapie, wie sie die SI-Therapie darstellt, erforderlich. In der SI-Therapie werden spielerisch gezielte sensorische Reize gesetzt, die ein unzureichend entwickeltes Sinnessystem besonders stimulieren. Ein einfaches Beispiel: ein vestibulär verunsichertes vierjähriges Kind fällt im Kindergarten auf, weil es nicht bastelt. Dieses Kind wird im Rahmen der SI-Therapie vorrangig mit Reizen und Materialien konfrontiert, die die Tiefensensibilität und damit indirekt auch das vestibuläre System anregen. Dazu gehören das Tauseil, mittelschwere Sandsäckchen und Holzarbeiten.

Die SI-Therapie wurde zu einer Behandlungsmöglichkeit für die Ergotherapie (und Physiotherapie), die seitdem, auch im deutschsprachigen Raum, viele betroffene Kinder entscheidend in ihrer Entwicklung weitergebracht hat. Dennoch stelle ich mir seit einiger Zeit folgende Frage: Handelt es sich bei dieser als SI-

Störung bezeichneten, dysfunktionalen neurogenen Reizverarbeitung tatsächlich um die Ursache oder nicht vielmehr um eine Folge, d. h. ein Symptom, dessen Ursache in einem ganz anderen Bereich als in dem der Neurophysiologie zu suchen ist? Handelt es sich bei der SI-Störung nicht vielmehr um ein Symptom als Ergebnis gestörter emotionaler bzw. psychoenergetischer Prozesse? Mit der Beantwortung dieser Frage beschäftige ich mich seit einigen Jahren im Rahmen meiner Arbeit mit Kindergarten- und Schulkindern zwischen drei und 14 Jahren.

Die Ergotherapie beschäftigt sich mit der Tätigkeit und der aktiven, selbständigen Teilnahme am Leben und hat diese auch zu ihrem Hauptbehandlungsziel gemacht. Die funktional orientierte Ergotherapie mit Kindern versucht bei den oben aufgeführten Defiziten, auf spielerischem Weg mit der Methode der SI-Therapie die gestörte Reizverarbeitung der Neurophysiologie der Sinnessysteme entsprechend ihrer Dysfunktion neu zu regulieren und damit zu einen Prozeß der integrierten Reizverarbeitung beizutragen. Diesen Ansatz und sein Ziel erachte ich weiterhin für sinnvoll und wichtig, doch übersieht er nach meiner Ansicht häufig den Kern der Problematik – nämlich die psychoenergetische emotionale Ausgangssituation des Kindes. Die Folge daraus ist, daß der Therapeut die psychische Grundsituation nicht in sein Handeln einbauen kann und so manch emotionale Regung des Kindes als Folge einer neurophysiologischen Dysfunktion interpretiert und nicht beispielsweise als die eines Geburtstraumas oder eines anderen emotionalen Konflikts wie starke Individuationsängste. Beide Situationen, die auch thematisch mit einander zusammenhängen können, haben psychoenergetisch einen entscheidenden Einfluß auf Wahrnehmungsprozesse und die Motorik.

Eine gestörte Emotionalität dieser Kinder wird im Verständnis der SI bzw. aller neurogenen (in Abgrenzung zu hirnorganisch bedingten!) Funktionsstörungen in der Regel nur infolge dieser Störungsform verstanden. Psychoenergetische bzw. emotionale Prozesse werden als primäre Ursache nicht in Erwägung gezogen.

Die folgende Fallvignette von Karsten ist ein Ausschnitt meines bisher noch unveröffentlichten Buchs über emotionale Ursachen von Sensorischen Integrations- und Teilleistungsstörungen auf dem Hintergrund der Psychoanalyse, Prä- und Perinatalpsychologie und Medizin. Welche Ursache sich hinter Karstens Diagnose meines Erachtens versteckte, möchte ich nun anschließend an Hand seines Therapieverlaufs skizzieren.

Fallvignette: KARSTEN oder „Wo Du nicht bist, kann ich nicht sein“

Wann, wo und wie wurde Karsten, 5,6 Jahre, auffällig? Seine als funktionale Entwicklungsverzögerung bezeichnete Auffälligkeit fiel seinem Kinderarzt während der U9-Untersuchung durch ein Testergebnis auf, die die Entwicklung der visuellen Wahrnehmung überprüft. Das Testergebnis ergab, daß er nur 21% der zu erwartenden Leistung in seiner Altersgruppe erreicht hatte, wobei seine Hauptschwierigkeiten im Bereich der Visuomotorik und der Figur-Grund-Wahrnehmung lagen. Weiterhin hatte der Arzt Karstens Verhalten während der Testdurchführung als bedenklich erachtet. Er sei während des Teilgebiets der Figur-Grund-Wahrnehmung, so der Arzt, förmlich „explodiert“. Im Bereich der Fein- und Grobmotorik seien jedoch, abgesehen von einem viel zu festen Druck

auf den Stift, keine Auffälligkeiten beobachtet worden. Er diagnostizierte bei Karsten eine „visuelle Teilleistungsstörung“ und überwies ihn per Rezept in die Ergotherapie.

Anamnese

Von selbst beginnt Karstens Mutter, Frau May*, über den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt ihres ersten Sohns Karsten und über seine Säuglings- und Kleinkindzeit bis zum Zeitpunkt des Therapiebeginns zu erzählen: „Die Schwangerschaft war problemlos, doch ich konnte mich nicht richtig freuen, schwanger zu sein. Obwohl ein Kind von mir und meinem Mann geplant war.“ Die Geburt sei zwei Wochen vor dem errechneten Termin gewesen und habe 12 Stunden gedauert. Letztendlich habe man Karsten mit der Saugglocke holen müssen und die Nabelschnur sei einmal um den Hals gewickelt gewesen. Frau May erzählt über ihr Erleben während seiner Geburt: „Es war ganz eigenartig . . . Ich war wie neben mir. Ich saß auf dem Stuhl und sah mich selbst auf dem Stuhl sitzen. Ich habe mir quasi von außen bei der Geburt von Karsten zugeschaut. Ich bin im wahrsten Sinne des Wortes neben mir gestanden.“

Karstens Säuglingszeit und Kleinkindentwicklung beschreibt sie als weitgehend unauffällig. Die Händigkeit sei eindeutig rechts, aber in der Benennung von den Seiten sei er unsicher (vgl. 3. Therapiestunde). Alles in allem sei er, bis auf die jetzige U9-Untersuchung, in seiner Entwicklung medizinisch in Hinblick auf die motorische und kognitive Entwicklung nicht aufgefallen.

Auf Nachfragen erfahre ich, daß er nicht gefremdelt und mit ca. viereinhalb Jahren wieder begonnen habe, nachts einzunässen und „es“ tagsüber manchmal „zu vergessen“. Sein Kontakt zu anderen Kindern sei seit der Kindergartenzeit weitgehend unkompliziert. Bei Freunden oder Verwandten wolle er jedoch nicht übernachten, „vermutlich wegen seines nächtlichen Einnässens“. Weiterhin berichtet sie, daß er beim Basteln oder Werken schnell aufgebe, wenn ihm etwas nicht auf Anhieb gelinge, werde dann wütend und beginne zu weinen. Seine räumliche Orientierung erachte sie allgemein für gut mit Ausnahme von Situationen, in denen er sie plötzlich aus den Augen verliere. Darauf reagiere er mit räumlicher Desorientierung, weine bitterlich und rufe verzweifelt nach ihr.

Therapieverlauf und Reflexion

Karsten kommt einmal wöchentlich für 45 Minuten.

1. Stunde

Karsten kommt mit seiner Mutter in die Praxis und läuft, fast rennend, – an mir vorbei, ohne nach rechts und links zu schauen – sofort in alle Behandlungsräume. Er scheint mich kaum wahrzunehmen. Dann rennt er wieder zu seiner Mutter, die sich mittlerweile neben mich gestellt hat, mich fast entschuldigend anschaut und mir erklärt, daß er immer so wild sei. Nach kurzen Aufenthalten in allen Räumen kommt er zu uns und erzählt völlig außer Atem, was er alles entdeckt habe. Seine

* Der Originalname ist bei Mutter und Kind verändert worden.

Mutter versucht ihn, zur Ruhe zu bringen und ist dabei fast vorwurfsvoll ob seiner Wildheit. Ich beuge mich nun in Hockstellung zu Karsten herunter, reiche ihm die Hand und heiße ihn herzlich willkommen. Er gibt mir ohne Zögern die Hand, begrüßt mich mit einem deutlichen „Hallo“, schaut dabei mit den Augen unter sich und fragt, in welches Zimmer wir jetzt gingen. Ungeduldig wartet er meine Antwort ab und stürzt dann in Richtung des Therapieraums – die Mutter ruft ihm noch hastig ein „Tschüss“ hinterher.

Während seiner ersten Stunde zeigt Karsten zunächst großes Interesse am Rollfaß, am Tauseil, an der Sprossenwand und am Krabbeltunnel. Nach einer Weile will er das Rollfaß an der Sprossenwand mit dem Tau hoch ziehen. Er setzt seine Idee motorisch und kognitiv sehr geschickt um. Während er mit dieser Tätigkeit beschäftigt ist, erzählt er mir, quasi kommentierend, was er gerade macht. Ich sitze in angemessenem Abstand auf dem Boden, schaue ihm zu und vermittele ihm in Worten, daß er mich fragen könne, wenn er Hilfe brauche. Von diesem Angebot macht er ab und zu Gebrauch. Etwa 10 Minuten vor Ende der Stunde erinnert er sich, die Kornmühle im Regal gesehen zu haben und holt sie. Beim Kornmahlen zeigt er große Ausdauer. Nach der Stunde zeigt er seiner Mutter stolz sein erstes selbst gemahlenes Mehl.

Die ganze Stunde über nimmt er nur für ganz kurze Momente Augenkontakt zu mir auf und wirkt insgesamt auf mich versunken in seinem Spiel und seinen Aktionen.

Als das Ende der Stunde naht, frage ich ihn, was er zum Abschluß machen wolle. Er wolle durch den Krabbeltunnel zur Tür heraus krabbeln. Ich stelle mich an den Tunnelausgang und fordere ihn auf, durch meine eng gestellten Beine durch zu krabbeln. Er nimmt die Aufforderung an und kämpft sich durch meine Beine hindurch. Die Mutter bitte ich inzwischen, ihren Sohn in Empfang zu nehmen. Karsten fällt ihr stürmisch in die Arme. „Nicht so wild!“ so ihre spontane Äußerung. Karsten schaut seine Mutter während der Umarmung, und auch als er sich aus der Umarmung löst, kein einziges Mal an. Zum Abschied reicht er mir von sich aus die Hand und schaut mir mit einem deutlichen „Tschüss“ direkt in die Augen. Ich verabschiede mich von ihm und der Mutter und gehe ins Büro. Bevor er die Praxis verläßt, klopft er noch an meine Bürotür.

2. Stunde

Mutter und Sohn verabschieden sich mit recht großem räumlichen Abstand zwischen sich. Ich nehme mir vor, diese Situation im nächsten Gespräch mit Frau May anzusprechen. Zu Beginn der Stunde führe ich eine kurze motorische Überprüfung durch, die bis auf den vestibulären Bereich und die Feinmotorik (Stiftführung) unauffällig ist. Dann holt er sofort die Kornmühle und mahlt zwei große „Ladungen“ hintereinander – ohne Pause. Danach spielt er Bergsteiger mit dem Tau an der Sprossenwand. Während dieses Spiels erzählt er mir von gemeinsamen Unternehmungen mit seinem Großvater. Ich sitze wieder in angemessenem Abstand auf dem Boden, schaue und höre ihm zu. Es kommt nur selten zu ‚Augenblicken‘ zwischen uns. Irgendwann will er in die Hängematte und von mir geschaukelt werden. Intuitiv beginne ich währenddessen ein Wiegenlied zu summen.

Das Ende der Stunde schließt Karsten wieder mit dem Krabbeltunnel und „Durchdrücken“ zwischen meinen Beinen. Wortlos stürzt er sich in die Arme der Mutter und bleibt für kurze Zeit schweigend an sie gelehnt. Ich verabschiede mich von ihm mit Handschlag und teile ihm mit, daß ich mich freue, ihn in der nächsten Stunde wieder zu sehen – denn ich habe das Gefühl, daß er nur ungern geht. Ich verabschiede mich auch von Frau May und gehe in mein Büro. Bevor Karsten die Praxis verläßt, klopf er wieder an meine Bürotür und ruft laut „Tschü-üss!“.

Im darauffolgenden Einzelgespräch mit Frau May erfahre ich, daß Karsten seit einer Woche wieder einnässe, plötzlich anfangen zu weinen und kaum zu beruhigen sei. Dabei erwähnt sie auch, daß entweder sie oder ihr Mann fast jeden Abend zu Feiern gegangen seien. Ich erinnere mich, daß sich Karsten in der letzten Stunde nur sehr ungern von mir hatte verabschieden wollen. Daher frage ich mich jetzt, ob Karsten befürchtet, daß er verlassen würde. Um dieser Frage näherzukommen, frage ich Frau May, ob sich ihre Ehe in einer Krise befinde. Daraufhin antwortete sie, daß sie und ihr Mann seit der Geburt der Kinder kaum mehr etwas miteinander unternehmen würden, worunter sie leide. Der Gedanke an Trennung wäre jedoch bei beiden nicht, zumindest nicht bewußt, vorhanden.

Weitere Themen dieses Gesprächs sind: Das Verabschieden zwischen Mutter und Sohn vor und die Begrüßung nach der Therapiestunde und sein „Nicht-Richtig-Zuhören“. Zum Thema „Verabschieden“ fällt ihr bei sich selbst auf, daß ihr Abschiednehmen allgemein schwer falle, weil sie immer das Gefühl habe, den anderen alleine und im Stich zu lassen. Sie erinnert sich, daß sie selbst als Säugling in einen Kinderhort gegeben worden sei, weil beide Eltern arbeiten mußten. Sie habe das Gefühl, daß sie bis heute die Traurigkeit und Verlassenheit aus jener Zeit in sich trage. Aus diesem Grund wolle sie ihre Kinder nicht so früh weg geben. Da ich bei Karsten, neben den möglicherweise unbewußt existierenden Trennungsgedanken der Eltern, aufgrund seiner Orientierungslosigkeit beim plötzlichen Verschwinden der Mutter aus seinem Blickfeld (vgl. Anamnese) eine ähnliche Traurigkeit gepaart mit Angst wahrnehme, schlage ich Frau May vor, sich von Karsten mit einer kurzen Umarmung oder einem Händedruck eindeutig, „spürbar“ und bewußt zu verabschieden. Wichtig scheint mir dabei für beide zu sein, in direktem körperlichem Kontakt zu sein und den Abschied bewußt zu erleben und zu spüren, bevor sie sich gegenseitig „verließen“.

Da der Erstkontakt zwischen Mutter und Kind ein wichtiges Bonding-Moment darstellt, ist der Empfang des Kindes von der Mutter beim symbolischen Geburtsspiel am Ende seiner Therapiestunden ebenfalls von zentraler Bedeutung. Frau May hatte im Anamnesegespräch berichtet, sie sei während seiner Geburt aus ihrem Körper herausgetreten. Dies bedeutet entsprechend für Karsten, daß sie während des Geburtsprozesses psychoenergetisch für ihn nicht erreichbar gewesen war. Er war psychoenergetisch von ihr verlassen worden, denn die Mutter war psychisch abwesend gewesen. Auf diesem Hintergrund erscheint es für Karstens Wahrnehmungsentwicklung von zentraler Bedeutung zu sein, daß dieser symbolische, nachgestellte Geburtsvorgang – energetisch betrachtet – für Mutter und Sohn in der Therapie „neu inszeniert“ wird. Darüber hinaus, soll diese „Neuinszenierung“ noch eine weitere neue Erfahrung für Karsten bringen: sie soll seine Geburt emotional (wie auch psychoenergetisch), ohne die Erfahrung der Saugglocke und ohne das Gefühl eines von der Nabelschnur umwickelten Halses neu

erfahrbar machen. Auf der Ebene der Neurophysiologie erhält dabei auch die Tiefensensibilität (und indirekt das vestibuläre System) eine Stimulierung, die jedoch jetzt – und das erscheint mir letztendlich von entscheidender Bedeutung – von einer weniger bedrohlichen Gefühlslage vegetativ begleitet wird.

Einen ähnlichen Zusammenhang zwischen psychischer Abwesenheit und auditiver Wahrnehmung vermute ich nun auch bei Karstens „Nicht-Richtigem-Zuhören“. Karsten tritt energetisch aus dem Kontakt heraus, wenn man etwas von ihm will. Daher schlage ich Frau May vor, bei wichtigen Mitteilungen, mit Karsten Körperkontakt aufzunehmen, indem sie ihn beispielsweise an der Schulter oder am Arm berührt. Ich rate ihr jedoch davon ab, ihn zum Augenkontakt zu zwingen, denn wie sie mir erzählt hatte, verunsichere sie sein Vermeiden des Augenkontakts.

3. Stunde

Mutter und Kind verabschieden sich mit einer kurzen, festen Umarmung. In der Stunde beschäftigt sich Karsten wieder lange Zeit mit dem Tau sowie mit Springseilen und konstruiert damit verschiedene Seilverbindungen quer durch den ganzen Raum. Ich schaue ihm wie bisher zu und höre seinen Gedanken zu, die er laut, scheinbar nur vor sich hin spricht. Meine spontane Assoziation zu diesen Konstruktionen ist, daß er „Verbindungen und Verknüpfungen“ herstellt: z. B. zu mir, zu sich selbst und zu seinen unbewußten Themen. Dann wickelt er das Tau um das Rollfaß und will es zum Schaukeln in die Hängematte legen. Als er es sich im Rollfaß bzw. in der Hängematte gemütlich gemacht hatte, bittet er mich, das Lied vom letzten Mal zu singen. Um seine Orientierung der Körperseiten zu überprüfen, fordere ich ihn zwischendurch auf, erst seine rechte dann seine linke Hand aus der Hängematte herauszustrecken, was er ohne zu überlegen, richtig ausführt (vgl. Anamnese). Um mich zu versichern, richte ich die gleiche Bitte in einer späteren Stunde noch einmal an ihn – er reagiert sicher und richtig.

Das Ende der Stunde verläuft wie bisher. Die Mutter kommt aber weiterhin mit seiner stürmischen Begrüßung nicht zurecht. Da seine „Wildheit“ im letzten Gespräch doch nicht zur Sprache gekommen ist, nehme ich mir dieses Thema noch einmal für das nächste Gespräch vor.

4. Stunde

Als Karsten die Praxis betritt, klopft er an meine Bürotür, als wolle er mir sagen: ‚ich bin da – du auch?‘. Vor Beginn der Stunde verabschiedet er sich – dieses Mal von sich aus – mit einer Umarmung von seiner Mutter.

Zu Beginn holt er ein Springseil und ein Rollbrett, befestigt das Seil am Rollbrett, drückt es mir in die Hand und wünscht sich von mir gezogen zu werden. Das ist das erste Mal, daß Karsten etwas direkt von mir will! Ich gehe auf seinen Wunsch ein und ziehe ihn einige Runden durch das Zimmer. Daraus entwickelt sich, daß ich ihn im Kreis um mich herum ziehe und ihn mit Schwung an die Matte anstoßen und „draufpurzeln“ lasse. Mit Begeisterung läßt er sich beim Aufprall auf die Matte fallen. „Nochmal!“. Dieses Spiel geht etwa 10 Minuten, dann will er kegeln. Während des Kegeln erzählt er mir vom Fußballtraining. Ab und zu

macht er beim Kegeln eine kleine Pause und schaut mir beim Erzählen direkt in die Augen!

Das Kegeln selbst verläuft mit „Karacho“, d. h. er dosiert seine Kraft beim Rollen der Kugel kaum. Ich mache ihn nicht darauf aufmerksam, da ich die Tatsache, daß er zum ersten Mal mit Augenkontakt zu mir spricht nicht durch eine „funktional orientierte“ Intervention stören möchte. Er ist bald frustriert über seinen Kegelmißerfolg, räumt die Kegel weg, hängt die Hängematte auf, holt sich das Buch „Wo die wilden Kerle wohnen“, legt sich damit in die Hängematte, blättert das Buch durch und wünscht sich, daß ich jenes Lieblingslied summe. Als er das Buch in Ruhe wortlos durchgeblättert hat (den Inhalt der Geschichte kannte er, wie ich wußte, bereits sehr genau), steigt er aus der Hängematte, geht zum Bauernhof und stellt alle Tiere ganz nah neben einander auf. Während dessen summt er die Melodie des Liedes vor sich hin. Die Stunde wird wie gewohnt beendet.

Die folgenden Stunden verlaufen weitgehend ähnlich. Zu Beginn der Stunde befestigt er das Rollfaß mit dem Tau an der Sprossenwand und zieht es mit Sandsäckchen beladen hoch und erzählt mir, während ich ihm zuschaue, irgendein Erlebnis aus den letzten Tagen. Meine Assoziation zu diesem kraftvollen ‚Zieh-Spiel‘ ist die Inszenierung seiner Geburt, denn auch er war unter Kraftanstrengung ‚heraus-gezogen‘ worden. Meine emotionale Präsenz, die energetisch mit ihm in Kontakt ist, bedeutet ebenfalls eine Neubesetzung der psychoenergetischen Abwesenheit der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt. Nach dieser intensiven Beschäftigung wählt er schließlich willkürlich ein Spiel aus dem Regal (Brettspiele, Kegel, feinmotorische Geschicklichkeitsspiele, Tast- und Hörspiele), das er mit mir spielen möchte. Dann will er irgendwann mit der Geschichte „der wilden Kerle“ in die Hängematte und wünscht sich von mir sein Lieblingslied. Immer häufiger nimmt er während der Stunde Augenkontakt zu mir auf. Manche dieser „Augenblicke“ scheinen mich testend zu fragen „Na, noch da?“. Beim Kegeln äußert er bald, daß die Kugel immer daneben rolle, was er blöd finde. Diese Äußerung greife ich auf und teile ihm mit, daß ich seine Enttäuschung verstehe, aber auch sehe, wieviel Kraft er habe, daß dies in Ordnung sei, er aber beim Kegeln gar nicht soviel Kraft brauche. Sofort versucht er, die Kugel mit dosierter Kraft zu rollen, was ihm problemlos gelingt. Zwischendurch rollt er die Kugel mit voller Kraft in Richtung Kegel und lacht, als sie erneut an ihnen vorbei „schießt“.

Nach einigen Stunden führe ich wieder ein Einzelgespräch mit Frau May, in dem nun (endlich!) Karstens Wildheit zum Hauptthema wird. Dieses Thema berührt ein „altes“ emotionales Hauptthema von ihr. Sie erkennt, daß sie mit ihrer eigenen Impulsen von Lebendigkeit große Schwierigkeiten habe und daher Karstens „wildem“ Temperament gegenüber sehr ambivalente und eher ablehnende Gefühle entwickle. Dieses Thema löst große Traurigkeit in ihr aus und sie spürt, warum und was sie versucht, bei sich – und damit auch bei ihrem Sohn – unter Kontrolle zu halten. Ab diesem Gespräch verändert sich ihr Verhalten gegenüber Karsten deutlich. Sie läßt sich mehr auf seine stürmischen Begrüßungen ein und setzt ihm ohne Vorwurfshaltung Grenzen, wenn es für sie zuviel wird. Das Thema „Lebendigkeit“ sowie „Grenzsetzen“, „das Kennenlernen eigener Bedürfnisse“, „Karstens Einnässen im Zusammenhang mit ihrer Angst vor dem Alleinsein“ bleiben noch einige Male Gegenstand unserer Gespräche.

Parallel zur Veränderung seiner Mutter nehme ich bei Karsten im Laufe der nachfolgenden Zeit wahr, daß auch er selbstbewußter und eigenständiger wird. Dies äußert sich zum Beispiel darin, daß er bei einem Freund übernachten möchte, Interesse am Schuhbinden bekommt, seiner Mutter mehr und länger in die Augen schaut und seltener zum Abschied bei mir an der Bürotür anklopft.

Nach etwa drei Monaten Therapie kommt es zu einer fünfwöchigen Therapiepause, da Frau May mit ihren Kindern in eine Mutter-Kind-Kur fährt.

In den Therapiestunden vor der Kur thematisiere ich unseren zeitweiligen Abschied, und wir sprechen während seines „Rollfaßhochzieh-Spiels“ über seine Ängste und Befürchtungen, die er teilweise von sich aus anspricht und sehr klar benennen kann.

Aus dieser Kur kommen beide „älter“ und „abgegrenzter“ zurück. Während ihres Aufenthalts hatte Karsten nur einmal, doch zu Hause bereits nach kurzer Zeit wieder regelmäßig eingenäbt, was in den nachfolgenden Gesprächen mit Frau May erneut zu den Themen „Selbständigkeit“ und „Loslassen“ führt.

Karstens Spielthemen und das Ende der Stunde verlaufen auch nach dieser Therapiepause weitgehend gleich. Ich beginne jedoch meine bis dahin non-direktive, begleitende Haltung etwas zu verändern, indem ich selbst nach seinem rituellen ‚Rollfaß-Spiel‘ Spielvorschläge mache. Karsten geht nun, ohne zu zögern darauf ein. „Geholt“ werden scheint nicht mehr so traumatisch besetzt zu sein.

Nach einer Therapiedauer von etwa sechs Monaten signalisiert er erste Anzeichen von Unlust auf die Therapiestunden. Dieses Signal interpretiere ich als Wunsch nach Individuation und Ablösung. Nochmals überprüfe ich die Hauptkriterien seiner Behandlung: die visuelle Wahrnehmung über den Frostigtest, und im Speziellen seine räumliche Wahrnehmung im Raum. Nach meiner bisherigen Beobachtung erwarte ich in diesem Bereich eine positive Entwicklung. Ich möchte dennoch deren Stabilität ohne die Möglichkeit der visuellen Kontrolle feststellen im Sinne seines Themas „Wo du nicht bist, kann ich nicht sein“. Den Aspekt der Plötzlichkeit kann ich natürlich in diese Überprüfung nicht einbauen, da das einer von mir bewußt initiierten Retraumatisierung gleichkommen würde, was es meiner Meinung nach möglichst zu vermeiden gilt. Nach Absprache und genauer Orientierung im Raum verbinde ich seine Augen, drehe ihn mehrmals um sich selbst und frage ihn anschließend, was sich vor, hinter und neben ihm befindet. Alle Fragen werden richtig beantwortet! Er findet sogar Spaß an diesem „Spiel“ und will es noch ein paar Mal wiederholen. Weitere Tests führe ich nicht durch, da ich während der gesamten Behandlungszeit einen ausreichenden Eindruck von der Weiterentwicklung seiner Fähigkeiten bekommen habe

Das Hauptziel meines ärztlichen Behandlungsauftrags ist erreicht – die visuelle Wahrnehmung ist, unterstützt durch das neue Testergebnis, auf einem altersgemäßen Stand angekommen. Die räumliche Desorientierung, wie sie als behandlungsbedürftig von der Mutter als Auftrag formuliert worden war, hatte sich ebenfalls zum Positiven hin entwickelt. Die Abschlußdiagnostik lautet nun wie folgt: altersentsprechende visuelle Wahrnehmung, vestibuläre Reaktionen, Grobmotorik, räumliche Orientierung und Zeichenentwicklung. Das Schmerzempfinden äußert sich der Situation angemessen; die Tiefensensibilität ist im „ergotherapeutischen Sinne“ weiterhin etwas ‚unterinformiert‘, was bei der Stiftführung deutlich wird und manchmal noch zum Ausdruck kommt, wenn er – energetisch betrachtet

– „neben sich steht“, gut sichtbare Gegenstände überrennt oder im Gleichgewicht verunsichert ist. Die vorüber gehende vestibuläre Verunsicherung und „unterinformierte“ Propriozeption wie auch auditive und visuelle Wahrnehmungsstörung gehen in diesen Momenten einher mit einer inneren, energetischen Abwesenheit.

Sein Wesen ist insgesamt weniger impulsiv und geduldiger geworden, er hört zu, nimmt mehr Augenkontakt zu anderen Menschen auf, geht gern zu anderen Kindern nach Hause und näßt nur noch selten ein. Wenn, dann nur zu Hause!

Abschließende Überlegungen

Während der Behandlung zeigte es sich, daß neben der Symptomatik seiner Diagnose der „visuellen Teilleistungsstörung“ noch Auffälligkeiten im Bereich der auditiven Verarbeitung sowie passagere vestibuläre wie auch propriozeptive Unsicherheiten existierten, die für seine Entwicklungsverzögerung mit verantwortlich waren.

Worin lag nun aber die tiefere Ursache für Karstens funktionale, neurogenen (Teilleistungs-) Störungen? Meiner Ansicht nach lag die Ursache dafür in der emotionalen, psychoenergetischen Grundsituation des Kindes, die infolge seiner perinatalen Traumata durch die Sauglocke und der Umwicklung der Nabelschnur um den Hals sowie der energetischen Abwesenheit der Mutter entstanden war. Erst im nächsten Schritt führten diese Traumata im Laufe seiner Entwicklung zu der neurogenen Symptomatik seiner Teilleistungsstörung

Das Hochziehen des Rollfasses, das Krabbeln durch den Tunnel und durch meine eng gestellten Beine stimulierten natürlich auch das System der Propriozeption und des Gleichgewichts, aber v. a. stellte es eine Neuinszenierung seiner Geburt dar, in der er jetzt der aktiv Ziehende bzw. erfolgreich ‚Durchkommende‘ war. Dabei, wie auch während der übrigen Zeit seiner Therapiestunden, wurde er von mir psychisch präsent wahrgenommen, wie auch am Ende der Stunde von seiner Mutter – ebenfalls psychisch anwesend – erwartet. Die Stimulierung der eben genannten neurophysiologischen Systeme wirkt sich letztendlich nicht nur auf die Reizverarbeitung auf Hirnstammebene, sondern übt auch einen Einfluß auf die Motivation des Kindes, seinen biologischen Antrieb, aus.

Die Mitarbeit der Mutter trug ebenfalls wesentlich zu Karstens Weiterentwicklung bei, da auch sie präsenter und dadurch für Karsten energetisch spürbarer geworden war. Dies war sie zuvor nach meiner Wahrnehmung deutlich weniger – nicht nur bei Karstens Geburt – gewesen. Das Problem der Enuresis hatte vermutlich noch eine andere Dimension, die während dieser Zeit der Auseinandersetzung nicht ganz erreicht worden ist.

Den gesamten Entwicklungsprozeß seiner Behandlung, wie auch die Prozesse bei vielen anderen Therapien, möchte ich aus meinem Verständnis heraus nicht sensomotorische Integration, sondern als „sensoenergetische Integration“ bezeichnen. Dieser Prozeß verhindert im Fall von Karsten, wie ich hoffe, daß er in Überforderungssituationen nicht mehr, besonders später mit Beginn der Pubertät, zu den Schutzmechanismen der visuellen oder auditiven Dissosiation oder der totalen Verweigerung greifen muß.

Nach Largo handelt es sich bei den SI-, Teilleistungs- oder Wahrnehmungsstörungen, die früher auch unter der Diagnose Minimale Cerebrale Dysfunktion

(MCD) bekannt und zusammengefaßt worden sind, um Normvarianten, die in einem bestimmten Kontext für das Kind zu einem, meist psychischen, Problem werden. Auch hier wird die primäre Erklärung im neurophysiologischen und nicht im psychischen bzw. psychoenergetischen Bereich angesiedelt.

Bei Karsten handelt es sich um einen relativ „leichten“ Fall von Entwicklungsverzögerung in Form einer Teilleistungsstörung, also um eine leichte Normvariante. Bei noch weit gravierenderen sog. neurogenen Entwicklungsverzögerungen oder SI-Störungen bestätigt sich für mich dennoch die Annahme, daß das Erkennen der emotionalen und psychoenergetischen Grundsituation, besonders auch im Hinblick auf die Geburt des Kindes, ein beachtenswerter Faktor für eine wirklich integrative Behandlung dieser Kinder ist. Für mich stellen sich die funktionalen Entwicklungsstörungen nicht hirngenannter Genese als eine Folge von blockierter Psychoenergie im Bereich der Integrationsprozesse von sensomotorischen Funktionen und dem biologischen Antrieb dar, die meist eine Störung in der Interaktion mit der Umwelt zur Folge hat. Aus neurophysiologischer Sicht wird dennoch nur von Normvarianten gesprochen, die erst in einem bestimmten Kontext zum Problem werden. Auch wenn es sich aus medizinischer Sicht nur um Normvarianten handelt, die dann durch den Kontext behandlungsbedürftig werden, hat die Normvariante nicht nur eine sekundäre psychische Folge, sondern auch einen primären Auslöser, nämlich die blockierte Energie und die damit einhergehenden subjektiv erlebten emotionalen Prozesse im Kind selbst. Dieser wirkt sich zunächst unabhängig von den Reaktionen aus der Umwelt auf sein von außen erkennbares Verhalten aus. Das außen sichtbare Verhalten kann im Extremfall von einem inneren Rückzug bis hin zur inneren Leere begleitet sein. Schließlich beginnt ein *circulus viciosus* aus subjektivem, umweltunabhängigem Erleben, einem sich daraus entwickelndem Verhalten gegenüber der Umwelt sowie eine Reaktion auf einen ‚bestimmtem Kontext‘. Eine neurophysiologisch orientierte Therapie setzt zwar gezielte Stimuli, erreicht aber nicht zwingend die psychoenergetischen Prozesse, weder innerhalb des Kindes selbst, noch in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Mit anderen Worten: neben einer verbesserten Sensomotorik lebt unter Umständen weiterhin ein innerlich leeres Kind. Für ein wirklich integratives Verständnis halte ich es für sehr wichtig, daß nicht nur das Ergebnis, nämlich die Normvariante betrachtet und „normalisiert“ wird, sondern auch der Weg bis zu deren Entstehung. Die Entstehung einer Normvariante in der funktionalen neurophysiologischen Verarbeitung ist meines Erachtens nicht nur in der funktionalen, neurophysiologisch orientierten Sichtweise zu suchen. Darüber hinaus mache ich nicht selten die Erfahrung, daß eine funktional orientierte Therapie noch nicht einmal zu einer positiven Veränderung der vordergründigen Problematik im Bereich der sensomotorischen Systeme führt. Erst eine klärende Anbahnung zugrundeliegender emotionaler Themen, die sich häufig auf dem Boden eines Geburtstraumas entwickelt haben, führen unmittelbar zu einem sichtbaren, positiven Veränderungsprozeß der diagnostizierten Störung. Dieser Prozeß ist dann für mich nicht nur sichtbar, sondern auch in der Präsenz des Kindes energetisch fühlbar.

Wilhelm Reich warf bereits vor mehr als 50 Jahren in seiner ‚Charakteranalyse‘ folgende Frage aufwarf: „Und es bleibt die Frage offen, ob die Störung der extrapyramidalen Innervation nicht selbst eine Folge von etwas primär wirksa-

men ist, das nicht an den Erfolgsorganen, sondern schon am vegetativen Apparat schädlich angreift“ (Reich 1989). Für ein neues, erweitertes Verständnis neurogener nicht hirnorganisch bedingter funktioneller Entwicklungsstörungen bei Kindern wären wissenschaftliche Forschungen in Hinblick auf „das primär wirksame“, beispielsweise im Zusammenhang von Geburtstraumata, aber auch pränataler und postnataler Traumata ein weiterer, wichtiger Beitrag zur inneren und äußeren Integration dieser Kinder, damit sie sich in ihrem Alltag innerhalb einer immer komplexeren Umwelt angstfreier und mit Spaß am Handeln bewegen können. Denn wie Newton bereits schon vor vielen Jahren sagte: „Was wir wissen, ist wie ein Tropfen; was wir nicht wissen ist wie ein Ozean“ (in Brüggebors 1992).

Literatur

- Ayres AJ (1998) Bausteine der kindlichen Entwicklung. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Brüggebors G (1992) Einführung in die Holistische Sensorische Integration (HSI). Borgmann, Dortmund
- Mahler MS, Pine F, Bergmann A (1988) Die Psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt
- Pflüger L (1991) Neurogene Entwicklungsstörungen. Reinhardt, München
- Spitz R, Theusner-Stampa G (1967) Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Klett, Stuttgart
- Reich W (1989) Charakteranalyse. Kiepenhauer & Witsch, Köln
- Schlack HG (2001) Inflation funktioneller Therapien im Kindesalter. Int Kinderärztliche Praxis, Nr. 1