

Umfeld +++ Therapeutische Arbeit +++ Schwerpunktverlagerung +++ Tonusregulation +++ Zwergenstellung

Der große Therapieball in der Bobath-Therapie

Diskussionsbeitrag zum Für und Wider Tobias Bergerhoff

AUF EINEN BLICK

Nachdem in der Mai-Ausgabe die Kritik am großen Therapieball in der Bobath-Therapie zur Sprache kam, steht in diesem zweiten Teil die praktische Arbeit im Vordergrund. Lernen Sie im folgenden Beitrag die Einsatzmöglichkeiten des Balls in der kinderphysiotherapeutischen Praxis kennen.

Physiotherapie-Einrichtungen bieten jungen Patienten meist ein variables Angebot mit unterschiedlichen Schwerpunkten. So gibt es in der Praxis des Autors einen Raum mit einer Kletterwand, einen weiteren mit einem »Bällchen-Bad« und einer Schaukelvorrichtung sowie ein Zimmer, in dem eine große

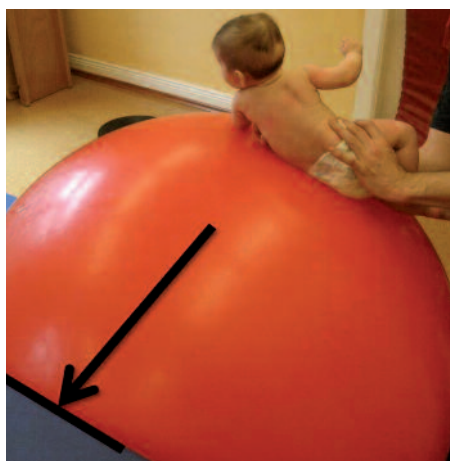


Abb. 1_Eine gute Umfeldgestaltung für den Therapieball ist sehr wichtig, da man sonst mit dem Ball an Gegenständen förmlich »aneckt«

Behandlungsliege mit vielen Polstern zum Bauen von Therapielandschaften steht. In diesem Raum befindet sich auch ein großer Therapieball, der eine besondere Faszination ausübt. Das wird immer wieder aufs Neue deutlich, wenn Kinder und Jugendliche, die zum ersten Mal den Raum betreten, sofort auf diesen Ball zusteuern und damit spielen wollen. Der hohen Anziehungskraft des Geräts sollte man als Kindertherapeut gerecht werden, um es als spielerisches und zugleich therapeutisch sinnvolles Medium anbieten zu können.

Voraussetzungen

Um die Arbeit mit dem großen Therapieball erfolgreich zu gestalten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Diese betreffen

- den Ball als solches,
- das Umfeld und
- die therapeutische Arbeit.

Der Ball

Der Therapieball muss – unabhängig von seiner Größe – stets prall aufgepumpt sein. Ansonsten ist nicht garantiert, dass Bewegungsübergänge in adäquater Form durchgeführt werden können, da der Ball dem Kind keine ausreichend gute Rückmeldung geben kann. Außerdem bewegt der Therapeut den Ball mit dem eigenen Körper, aber auch durch den Körper des Kindes hindurch in die erforderliche Position, was bei einem »schwammig aufgepumpten« Ball deutlich schwerer fällt. Die Stabilität des Therapeuten und die Basis für eine optimale Aufrichtung des Patienten können nur mit einem prall gefüllten Ball erreicht werden. In der Praxis bietet es sich an, den Ball mit einem Durchmesser von 120 cm zu benutzen, da der Therapeut dann bequem neben dem Gerät stehen und sich auch an dieses anlehnen kann. Zudem gelingt die Kontaktaufnahme mit dem Kind bei dieser Höhe sehr gut. Da viele Eltern die therapeuti-

sche Arbeit ihres Kindes auf dem Ball mit Begeisterung verfolgen und oft nach praktikablen Übungen für zu Hause fragen, bietet sich hierfür der kleine Therapieball mit einem Durchmesser von 65 cm an.

Das Umfeld

Das Umfeld muss so gestaltet sein, dass der Ball möglichst auf einem rutschfesten Untergrund zum Einsatz kommt. Dies dient nicht nur der Sicherheit des Patienten, sondern unterstützt auch die Arbeit des Therapeuten am Ball. Hierfür eignen sich in der Praxis Gymnastikmatten, da sie kein »Wegrutschen« des Balls auf dem Untergrund erlauben. Auch muss der Raum, in dem die Therapie stattfindet, genügend Platz anbieten. Da der Ball bei den Übungen auch eine gewisse Wegstrecke auf dem Untergrund rollt, darf bei Bewegungsübergängen nicht an Gegenständen (Behandlungsliege, Sprossenwand etc.) angestoßen werden (Abb. 1).

Die therapeutische Arbeit

Die Arbeit mit und auf dem Ball setzt zunächst voraus, dass der Therapeut über detaillierte Kenntnisse zur Spontanentwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr verfügt. Des Weiteren muss er die therapeutische Arbeit auf dem Ball gelernt und verinnerlicht haben, was zugleich bedeutet, dass er die Bewegungsübergänge am besten selbst gespürt haben sollte (Abb. 2).

Da der Ball ein sehr dynamisches Therapiemedium darstellt, ist die Sicherheit des Patienten oberstes Gebot. Folgende Prinzipien sollten berücksichtigt werden:

- Der Weg auf den Ball muss für das Kind sensorisch nachvollziehbar sein und findet immer aus der Bauchlage heraus statt. Bei Säuglingen über den



Abb. 2_Der Therapeut erlernt im Bobath-Kurs auch am eigenen Körper die Lagewechsel auf dem Ball durch Erspüren der dreidimensionalen Unterstützungsfläche; dies ist unabdingbare Grundvoraussetzung für eine qualitativ gute »Ballarbeit« am Patienten

Fliegergriff, bei älteren Kindern über den Stand.

- Ähnlich wie im Wasser muss sich das Kind an den Ball gewöhnen. Dies geschieht zunächst durch visuelle Kontaktaufnahme, bevor die eigentliche Ballarbeit beginnt. Weiterhin wird das Kind spielerisch mit dem Ball vertraut gemacht. Auf dem Gerät angekommen werden zunächst einfache, lineare Ballbewegungen nachvollzogen, die – teilweise durch wippende Bewegungen unterstützt – die sensorischen Regelkreise (hier insbesondere das Vestibulum) ansprechen und regulieren sollen.
- Die zentrale Ausgangsstellung in der Behandlung ist immer der höchste Punkt (= Zentrum) auf dem Ball. Von diesem Zentrum aus können verschiedene Bewegungsübergänge angebahnt werden. Diese veranlassen den Ball zu mehr oder weniger großer Mitbewegung in entsprechender Richtung. Dabei bewegt sich das Kind in die vorgegebene Bewegungsrichtung und der

Ball rollt zumeist in die entgegengesetzte Richtung.

- Abhängig von seinen sensomotorischen Fähigkeiten kann das Kind auf dem Ball die Schwerpunktverlagerung in unterschiedlichen Vertikalisierungsgraden spüren und in dieser Ausgangsstellung eine qualitativ gute posturale Reaktion im Sinne der Aufrichtung gegen die Schwerkraft erlernen.
- Die Stabilisierung des Rumpfes gelingt besonders gut auf dem Ball, da hier durch das Anbahnen von Rotation um die Körpermittelachse die konzentrische und exzentrische Muskelarbeit angesprochen wird.

Umsetzung in der Praxis

Anhand von Behandlungssequenzen mit zwei Säuglingen im dritten Trimenon soll die Arbeit mit dem großen Therapieball beispielhaft erläutert werden. Das Problem bestand darin, dass >>>

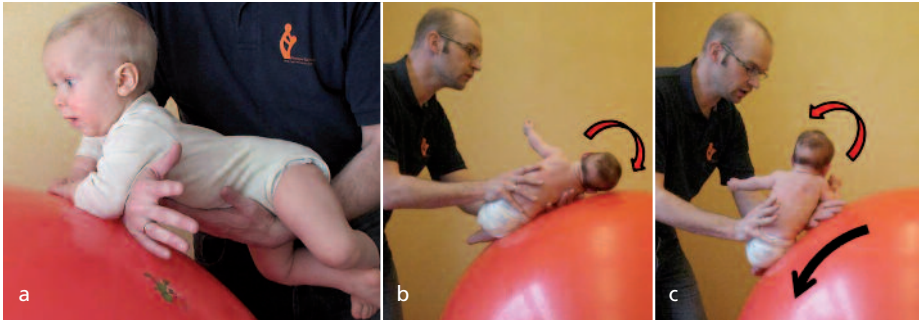


Abb. 3_Tonusregulation und Zwergenstellung

a_Der Säugling wird im »Fliegergriff« auf den Ball gelegt

b_Der Säugling liegt in der Seitenlage in der Zwergenstellung; Stützbasis sind der Ellenbogen, die lange und belastete Seite sowie das Becken; die Therapeutenhand fixiert das Becken auf der kurzen Seite und vermittelt dem Kind Druck in die Unterstützungsfläche

c_In der vertikalisierten Zwergenstellung gelingt dem Säugling die Schwerpunktverlagerung sowie die Einstellung des Kopfes deutlich besser

beide Säuglinge den Lagewechsel von der Rückenlage (RL) bis in die Bauchlage (BL) nur zufällig vollzogen. Zurück zeigten sie keinerlei Ansätze. Zudem fielen die Kinder eher um, als dass sie eine koordinierte Drehung zeigten.

Tonusregulation und Zwergenstellung

Nach der »Ballgewöhnung« brachte der Therapeut den ersten Säugling bäuchlings auf den Ball (Abb. 3a). Dann folgte die Tonusregulation, um Haltetonus aufzubauen (z. B. »lange und kurze Seite« in Bauchlage). Im nächsten Schritt positionierte der Therapeut das Kind dann in die Seitenlage (SL) und sicherte es in der Zwergenstellung. Gleichzeitig gab er mit der am Becken aufliegenden Hand Druck in die Unterstützungsfläche (Abb. 3b). Das bewirkt, dass der Säugling seine Ellenbogen auf den Ball stützt und sich sein Schwerpunkt über dem Zentrum des Balls befindet. Sollte der Säugling Schwierigkeiten haben, den Kopf einzustellen, kann man den Ball fußwärts rollen und so eine Schwerpunktverlagerung herleiten, die sowohl den Stütz als auch die Einstellung des Kopfes erleichtern (Abb. 3c).

Steigerungsmöglichkeiten

In der nun folgenden Behandlungssequenz mit dem zweiten Säugling soll gezeigt werden, dass sich mehrere in ihrer Differenziertheit aufeinander aufbauende Schwierigkeitsgrade in der Behandlung bieten. Zunächst faziilitierte der Therapeut den Säugling auf dem Zentrum des Balls aus der Zwergenstellung heraus und bewegte ihn nach vorne



Abb. 4_Steigerungsmöglichkeiten

a_Der Griff des Therapeuten bewegt den Säugling im Wechsel in Richtung Bauchlage und Rückenlage; dabei erfolgt die Steuerung über das Becken mit Druck in das Zentrum des Balls; der Bewegungsweg und die Wiederholung richten sich nach der Qualität der Bewegungsübergänge

b_Der Säugling bleibt in der Zwergenstellung und wird dort sicher gehalten; durch das Rollen des Balls in verschiedene Richtungen kann der Schwerpunkt unterschiedlich betont werden; dies hilft dem Säugling beim Wechsel zwischen mobiler Stabilität und stabiler Mobilität

c_In der Steigerung der Bewegungsanbahnung werden der Säugling und der Ball in Bewegung zueinander gebracht; dabei können Kind und Ball in dieselbe Richtung oder aber gegensätzlich bewegt werden

und hinten (Abb. 4a). Bei diesem Spiel um die Körpermittelachse wird die konzentrische und exzentrische Muskelarbeit des Rumpfes angesprochen. Bei der nächsten Übung hielt der Therapeut das Kind in SL und bewegte den Ball vorwärts und rückwärts – so konnte er das Gleichgewichtssystem stimulieren (Abb. 4b). Im weiteren Behandlungsverlauf wurden sowohl der Ball als Untergrund als auch der Säugling vor- und rückwärts bewegt. Bei diesem – größtmöglichen – Input kommt es zu einem stetigen Wechsel der Körperlage auf dem dreidimensionalen, beweglichen Untergrund (Abb. 4c). Im Mittelpunkt hierbei steht das Anbahnen der Gleichgewichtsreaktionen mit und gegen den Fall, welche neben der konzentrisch-exzentrischen Muskelkomponente auch eine Rotationsarbeit zwischen dem stützenden Schulter- und Beckengürtel erforderlich macht. Diese Arbeit kann durch die visuelle Unterstützung mittels Spielzeug (z. B. ein Fensterbild auf den Ball kleben) oder die spannende Position

vor dem Spiegel unterstützt werden. In jedem Fall kann der Therapeut auf dem gesamten Bewegungsweg innehalten, um einzelne Schwachpunkte des Lagewechsels herauszuarbeiten.

Fazit

Der Ball bietet den mit Kindern – aber auch Erwachsenen – arbeitenden Physiotherapeuten sehr gute Möglichkeiten, einerseits Bewegungsübergänge zu üben und andererseits Haltearbeit zum Aufbau eines physiologischen Rumpftonus zu fördern. Der dabei entstehende rhythmisch-tonische Dialog fördert nicht nur die Wahrnehmung, sondern führt dazu,

dass das Kind solche Bewegungsübergänge auch auf festem Untergrund deutlich besser bewältigen kann. Aus Sicht des Autors bietet der Ball ein herausragendes Therapiemedium an, das leider immer noch unterschätzt und zudem ungerechtfertigt kritisiert wird. Mit diesem Artikel möchte er eine Diskussion

auf Grundlage des »offenen« Bobath-Curriculums anstoßen und freut sich auf Meinungen und Hinweise aus dem Kollegenkreis. ■

ABBILDUNGEN

Alle Fotos dieses Beitrags von Tobias Bergerhoff



TOBIAS BERGERHOFF

seit 1995 Physiotherapeut, Manual-Therapeut (mit dem Schwerpunkt Manuelle Therapie für Kinder), SI-Therapeut, Kinder-Bobath-Therapeut sowie Kinder-Vojta-Therapeut; seit 2001 selbstständig in eigener Praxis in Hamburg-Bergedorf mit Schwerpunkt Pädiatrie; Gründungsmitglied sowie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Kinderphysiotherapeuten in Hamburg. **Kontakt:** kontakt@therapiefuerkinder.de