

Kampf der Therapiekonzepte?

oder

Chance durch Vielfalt?

**Die unterschiedlichen Herangehensweisen
an persistierende frühkindliche Reflexe in der
INPP-Methode und dem Bobath-Konzept**

Abschlussarbeit von Katja Hahn-Missal im Rahmen der Weiterbildung in der
INPP-Methode in Theorie und Praxis zur Neuromotorischen Entwicklungsförderung

Jahreskurs 2021/2022 in München

Inhalt

Vorwort.....	3
1. Einleitung.....	5
1.1 Was ist ein frühkindlicher Reflex?	5
1.2 Was ist eine frühkindliche Reaktion?	5
1.3 Was bedeutet „persistierend“?	6
2. Folgen eines persistierenden frühkindlichen Reflexes.....	6
3. Das INPP Konzept.....	8
3.1 Geschichte.....	8
3.2 Wie sieht INPP die persistierenden frühkindlichen Reflexe?	8
3.3 Testung / Befund	9
3.4 Behandlung / Therapie.....	9
4. Das Bobath-Konzept.....	10
4.1 Geschichte.....	10
4.2 Wie sieht Bobath die persistierenden frühkindlichen Reflexe?	11
4.3 Testung / Befund	12
4.4 Behandlung / Therapie.....	12
5. Die beiden Therapiekonzepte am Beispiel des Moro-Reflexes	13
5.1 Wie wird ein noch persistierender Moro-Reflex erkannt?	13
5.1.1 Testung Moro-Reflex nach der INPP-Methode	13
5.1.2 Testung Moro-Reflex nach dem Bobath-Konzept	13
5.2 Behandlung	14
5.2.1 Behandlung nach INPP	14
5.2.2 Behandlung nach Bobath.....	15
6. Fragen, die sich aus diesen unterschiedlichen Herangehensweisen ergeben.....	16
6.1 Welches Klientel wird durch die beiden Konzepte angesprochen?	16
6.2 Können beide Therapieformen im gleichen Zeitraum angewandt werden?	16
6.3 Was ist mit hypotonen Kindern?	18
6.4 Was ist mit hypertonen Kindern?	18
6.5 Die Wichtigkeit der Wiederholungen	18
6.6 Kritische Anmerkung von INPP-Seite.....	19
6.7 Kritische Anmerkung eines Physiotherapeuten zur INPP-Methode.....	19
6.8 Wer kann nach INPP oder Bobath behandeln?.....	20
7. Schlussfolgerung	20
Literaturverzeichnis	22

Vorwort

Hallo Eltern,

kennt Ihr das? Ihr rennt mit eurem Kind von Therapie zu Therapie, zum Arzt, zu Vorträgen, ... Aber trotz gutem Willen und viel Einsatz kommt euer Kind irgendwie nicht recht voran? Scheint es durch irgendetwas ausgebremst zu werden? Und Ihr seid auf der verzweifelten Suche nach DER richtigen Therapie?

Hallo Therapeuten,

kennt Ihr das? In eurer Berufslaufbahn gibt es immer wieder Kinder, bei denen Ihr denkt „irgendwie komme ich nicht richtig weiter“. Dabei macht das Kind doch mit. Und auch die Eltern stehen dahinter, üben, machen ... und trotzdem ... hmm....

Ich jedenfalls kenne beides. Ich bin Ergotherapeutin und habe einen Sohn mit einer massiven LRS und einer chronischen Erkrankung. Als er klein war (heute ist er 25), hatte ich noch keine therapeutische Erfahrung im Pädiatrie-Bereich. Wir sind von einer Therapieform zur nächsten: Ergotherapie, Physiotherapie, Blicklabor, Ganzheitstherapie, Osteopathie, Visualtraining, etc. Und manche Therapie, die er machen musste, hat sich als sehr zäh und nur ein wenig hilfreich entpuppt. Frust, Selbstzweifel und ein sinkendes Selbstwertgefühl bei meinem Sohn inklusive. ☹️ Vielleicht lässt es mich deshalb nicht los, wenn ich heute bei meinen Therapiekindern nicht richtig weiterkomme. Vielleicht ist daher mein Wissenswunsch so groß. Und wahrscheinlich finde ich es deshalb so wichtig, auf ganz unterschiedliche Konzepte zurückgreifen zu können, um den Betroffenen bestmöglich weiterhelfen zu können.

In diesem Fall wollte es der Zufall, dass auf einmal mehrere Eltern in unserer ergotherapeutischen Praxis angerufen haben, die wissen wollten, ob wir denn persistierende frühkindliche Reflexe behandeln würden. Einige hatten über eine Ärztin davon gehört, andere durch eine Pädagogin. Das hat mich neugierig gemacht und ich habe mich auf die Suche begeben, wie ich noch gezielter mit diesen Kindern arbeiten kann.

Ich arbeite schon lange mit erwachsenen, neurologischen Patienten nach dem Bobath-Konzept. Jetzt bin ich gerade im Endspurt meiner Weiterbildung zur „Neuromotorischen Entwicklungsförderung nach der INPP-Methode“: Eine faszinierende Erweiterung meiner bisherigen Therapiemöglichkeiten. Seit Beginn dieser Weiterbildung hat mich immer mehr beschäftigt, warum sich eigentlich die Befürworter des INPP- und des Bobath-Konzeptes so skeptisch gegenüberstehen, weil für mich beide Konzepte so viel zu bieten haben.

Neugierig geworden?

Doch bevor es losgeht, noch etwas Allgemeines:

In dieser Arbeit habe ich zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit die vereinfachte männliche Schreibweise benutzt. Gemeint sind natürlich alle Personen: weiblich, männlich, divers.

Ebenso spreche ich von den Patienten als Kindern. Sowohl INPP als auch Bobath sind aber Konzepte für alle Altersgruppen. Sowohl für Kinder als auch Erwachsene, für Menschen mit angeborenen aber auch mit erworbenen Störungen.

Und vielen Dank an Anna, dass ich ihre persönlichen Erfahrungen verarbeiten darf. Den Namen habe ich geändert.

Ein ganz besonderer Dank geht auch an meinen Sohn, den ich liebevoll als meinen „Co-Therapeuten“ bezeichne, weil ich durch ihn so viel gelernt habe, was jetzt Anderen zugutekommt.

1. Einleitung

Reflexe begleiten uns ein Leben lang. Sie helfen uns, wenn wir zur Welt kommen, in unserer Entwicklung vom hilflosen Säugling übers Krabbeln hin zur Aufrichtung, zum Gehen und zu bewusstem Bewegen. Auch helfen sie uns dabei, Verletzungen zu vermeiden. Wer kennt es nicht: Wir fassen auf eine heiße Herdplatte und ziehen sofort unsere Hand zurück. Oder schließen schnell unsere Augen, wenn etwas auf uns zugeflogen kommt. Reflexe wie die Gleichgewichtsreaktionen wiederum verhindern Stürze.

Doch nicht alle Reflexe sollten ein Leben lang ausgeprägt bleiben, denn es gibt verschiedene Arten von Reflexen.

Die Definition nach Pschyrembel [1] sagt: „Reflexe sind unwillkürlich und regelhaft ablaufende Vorgänge als physiologische Reaktion eines Erfolgsorgans auf einen adäquaten Reiz.“

Sie werden eingeteilt in:

- Monosynaptische Reflexe / Muskeleigenreflexe: bestehen ein Leben lang
- Frühkindliche, primitive oder Fremdre reflexe: sind in den ersten Lebenswochen und -monaten physiologisch“

In diesem Bericht geht es um persistierende frühkindliche Reflexe bzw. um – wie Berta Bobath sagt – frühkindliche persistierende Reaktionen.

1.1 Was ist ein frühkindlicher Reflex?

Frühkindliche Reflexe sind automatische, stereotype Bewegungen, die vom Hirnstamm gelenkt und ohne Beteiligung des Kortex ausgeführt werden. [1] Sie sind wichtig für die Entwicklung des Säuglings in den ersten Lebenswochen und legen die Grundlage für viele weitere Bewegungen wie z.B. das Drehen, Krabbeln, ... und darauf aufbauende willensgesteuerte Fertigkeiten. „Mit der zunehmenden Ausreifung stammesgeschichtlich jüngerer ZNS-Strukturen verschwinden sie allmählich. Charakteristisch sind die weiten reflexogenen Zonen und die undifferenzierte Reizbeantwortung durch Bewegungskomplexe.“ [2]

Zu den frühkindlichen Reflexen zählen der Greifreflex (Palmar- und Plantar-Reflex), Such- und Saugreflex, Moro-Reflex, Asymmetrisch tonischer Nackenreflex (ATNR), Tonischer Labyrinthreflex (TLR), Symmetrisch tonischer Nackenreflex (STNR), Spinaler Galant-Reflex.

1.2 Was ist eine frühkindliche Reaktion?

Bei einer frühkindlichen Reaktion kommt es zu einer sensomotorischen Reaktion eines Erfolgsorgans, die auf einen Reiz hin unwillkürlich und regelhaft abläuft.

In der Literatur werden die Begriffe „Reflex“ und „Reaktion“ oft synonym verwendet.

Berta Bobath hingegen unterscheidet sie folgendermaßen: „Reflexe bleiben unveränderbar. Reaktionen werden sich verändern“. Bei einer Reaktion können die Bewegungsausführungen immer wieder leicht verändert sein. Reaktionen sind variabler als ein Reflex.

1.3 Was bedeutet „persistierend“?

„Persistierend“ bedeutet, dass diese Reflexe über die normale Verweildauer hinaus bestehen bleiben und die Motorik, das Gleichgewicht, die Koordination, aber auch das Verhalten eines Kindes oder Erwachsenen beeinflussen.

2. Folgen eines persistierenden frühkindlichen Reflexes

Bleiben die frühkindlichen Reflexe bestehen, so hat dies motorische, sensorische und emotionale Auswirkungen. „Personen mit neuromotorischer Unreife haben häufig Schwierigkeiten mit damit verbundenen Fähigkeiten wie Gleichgewicht, Koordination und visueller Wahrnehmung, was sich auf das Verhalten und die schulische Leistung von Kindern auswirken und sich bei Erwachsenen als chronische Angst und emotionale Sensibilität manifestieren kann“ [3].

Die möglichen Folgen von persistierenden frühkindlichen Reflexen möchte ich am Beispiel von Anna zeigen:

Anna ist 20 Jahre alt. Sie hat noch eine Zwillingsschwester. Beide kamen 12 Wochen zu früh zur Welt. In den ersten Lebenswochen wurde 48 Stunden lang ein Sauerstoffmangel bei ihr übersehen. Anna hat die mittlere Reife (mit Wiederholung von zwei Klassen) und macht heute eine Ausbildung. Allerdings gibt es vieles, was ihr schwerfällt. Sie hat eine Lese-Rechtschreibschwäche und kam sich immer ungeschickt vor.

Durch die Testung nach der INPP-Methode wurde folgendes klar: Anna hat Defizite in der grobmotorischen Koordination, dem Gleichgewicht, in der Rechts-Links-Unterscheidung und in der Okulomotorik. An frühkindlichen Reflexen zeigen sich noch stark der ATNR, TLR, Moro-Reflex, die Kopfstellreflexe, Amphibienreflex, Segmentärer Rollreflex, Babinski-Reflex links, Landau-Reflex und schwach der STNR und Spinale Galant-Reflex.

Als Auswirkungen des Moro-Reflexes beschreibt sie selbst: „Wenn ich erschrecke, halte ich kurz den Atem an, sacke anschließend wie ein Sack zusammen und fange oft an zu weinen. Mein Puls ist deutlich höher und ich spüre mein Herz noch lange danach. Ich reagiere dann auch nicht immer auf verbale Äußerungen und brauche etwa 10-15 Minuten, bis ich mich wieder unterhalten kann.“ Des Weiteren beschreibt sie, dass sie ab dem Alter von 11 Jahren an Angstzuständen und Panikattacken litt. Lange konnte sie deswegen kaum Einkaufen gehen. Dies wurde während ihrer Ausbildung langsam besser. Sie reagiert sehr stark auf Medikamente. Eine Heilpraktikerin hat unabhängig die Überaktivität des Sympathikus bestätigt, die ja auch einem persistierenden Moro Reflex zugeschrieben wird: Die Betroffenen stehen unter „Dauerstrom“. Jeder plötzliche vestibuläre, akustische oder visuelle Reiz löst vermehrte Sympathikusaktivität aus, die nur sehr langsam wieder nachlässt. Anna

hat auch muskulär eine starke Grundspannung – es fühlt sich an, als hätte sie einen Muskelpanzer um sich.

Als Auswirkungen des persistierenden ATNR beschreibt Anna: „Als ich meinen Führerschein gemacht habe, hat meine Fahrlehrerin ständig die Krise bekommen, weil ich immer, wenn ich meinen Kopf gedreht habe, das Lenkrad mitgedreht habe. Das war manchmal echt gefährlich. Ich habe immer gedacht, ich bin einfach zu blöd dazu“. Auf den ATNR sind unter anderem auch ihre Probleme beim Lesen und Schreiben zurückzuführen. Soll sie einen Gegenstand mit den Augen verfolgen, so zeigen sich immer wieder Blicksprünge. Bewegt sie den Gegenstand selbst hin und her, so schafft sie es nicht, den Gegenstand nur mit den Augen zu verfolgen, sondern dreht immer auch den Kopf mit. In der Schule hatte sie Probleme durch ihre Lese-Rechtschreibschwäche und ihr langsames Schreibtempo.

Der persistierende TLR zeigt sich bei Anna im Alltag z.B. in einer schlechten Orientierung. Egal ob in einem Raum oder in der Stadt – sie fühlt sich verloren und weiß nicht, wo sie genau ist. Sie kann sehr schlecht Entfernungen einschätzen. Beim Autofahren fährt Anna oft zu dicht auf oder lässt viel zu viel Abstand, da sie es nur schlecht einschätzen kann. Freunde schimpfen oft, dass sie zu dicht am Rand fährt. Anna leidet an Reiseübelkeit. Wenn sie hinten sitzen muss, verliert sie die Orientierung und ihr wird schwindelig und übel. Genauso ergeht es ihr beim Karussell- oder Aufzugfahren. In Menschenmengen verliert sie die Orientierung und kann nicht mehr richtig reagieren. Wenn sie in einer Stadt mit Freunden unterwegs ist, bekommt sie dadurch oft nicht mit, wenn die anderen mit ihr reden. Beim Essengehen muss sie sich, mit dem Blick zur Wand, möglichst in eine Ecke oder Nische setzen, da sie sonst von den visuellen und akustischen Reizen so überflutet ist, dass sie überhaupt nicht essen kann, geschweige denn der Unterhaltung am Tisch folgen kann...

Dies sind nur einige Beispiele, wie die persistierenden frühkindlichen Reaktionen Annas Leben beeinflussen. Nach der Testung und den Erklärungen, wie alles zusammenhängt, war Anna sehr erleichtert und froh, nun endlich eine Erklärung für ihre Tollpatschigkeit, das häufige „Einbrechen“ ihrer Kräfte und viele ihrer Schwierigkeiten im Alltag zu haben.

Was also tun, wenn frühkindliche Reflexe über ihre normale Verweildauer bestehen bleiben und solche Auswirkungen auf den Alltag haben? Hier gibt es verschiedene Therapieansätze.

Gegenüberstellen möchte ich die Konzepte des INPP-Programms und des Bobath-Konzeptes – speziell bei der Arbeit mit Kindern.

3. Das INPP Konzept

3.1 Geschichte

Das Institute for Neurophysiological Psychology INPP wurde 1975 von Dr. Peter Blythe gegründet und wird seit 2001 von Sally Goddard Blythe geleitet. Peter Blythe wollte untersuchen, inwieweit zentralnervöse Dysfunktionen und Unreifen an spezifischen kindlichen Lernstörungen und an Angst-, Zwangs- und Panikstörungen bei Erwachsenen beteiligt sind, um Betroffenen helfen zu können.

Auf Grund seiner Untersuchungen kam Blythe zu dem Schluss, dass das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von frühkindlichen Reflexen zu einem bestimmten Zeitpunkt als Indikator für die Reife des Nervensystems gesehen werden können. Sind primitive Reflexe noch zu einem späteren Zeitpunkt vorhanden, so spricht man von „Neuomotorischer Unreife“.

Aus der Arbeit von Peter Blythe und Sally Goddard Blythe haben sich zwei Förderprogramme entwickelt:

- **Das Neuomotorische Schulreifeprogramm:** Dieses ist für den Einsatz in Kindergarten oder Schule gedacht und wird über 1 (Schul-)Jahr durchgeführt. Es beinhaltet zunächst ein Screening, um die Kinder zu erfassen, die Zeichen einer neuomotorischen Unreife zeigen. Das Schulreifeprogramm wird als tägliches Bewegungstraining innerhalb der Klasse ausgeführt und hilft den betroffenen Kindern das Lernen und Verhalten zu verbessern.
- **Die Neuomotorische Entwicklungsförderung:** Hierzu bedarf es einer ausführlicheren Anamnese und Diagnostik. Die neuomotorische Entwicklungsförderung ist für die Kinder gedacht, bei denen die frühkindlichen Reflexe noch stark bestehen. Das Programm wird über 1-1 ½ Jahre täglich zuhause durchgeführt. Die Übungen werden durch einen zertifizierten INPP-Trainer vergeben, begleitet und an die jeweiligen Verbesserungen angepasst. Das Training ist in Übungs-Stufen von 0-4 eingeteilt.

3.2 Wie sieht INPP die persistierenden frühkindlichen Reflexe?

In den ersten Lebensjahren gibt es einen Übergang von den frühkindlichen Reflexen hin zu den posturalen Reaktionen (= Gleichgewichtsreaktionen). Dies wird ermöglicht durch die Reifung des ZNS und durch die Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt. Der Übergang erfolgt schrittweise. Sind jedoch bei einem älteren Kind oder Erwachsenen noch frühkindliche Reflexe aktiv, so liegt dies daran, dass höhere Zentren keine erfolgreiche hemmende Kontrolle auf diese Reflexe ausüben können oder die posturale Kontrolle zu schlecht ist. „Die primitive Reflexantwort kann nur gehemmt werden, wenn die nachfolgenden posturalen Reaktionen stark genug sind, um die Entwicklung eines breiteren Spektrums willkürlicher Bewegungsmuster zu ermöglichen.“ [3]

Die INPP-Methode sieht sich nicht als Therapie von Reflexen, sondern die persistierenden frühkindlichen Reflexe dienen bei der INPP-Methode als Indikatoren für die Reife des Nervensystems bzw. für eine „neuomotorische Unreife“. „Nicht sicher gehemmte Restreaktionen frühkindlicher Reflexe geben Hinweise auf

neuromotorische Anteile an einer Vielzahl von Problemen, die dann mit einem motorischen Programm behandelbar sind.“ [4]

Diese Probleme können in den Bereichen Bewegungskoordination, Haltung, Gleichgewicht, Grob- und Feinmotorik, Lernen, Lernbereitschaft, Aufnahmekapazität, Emotionen, Emotionale Anpassung, Affektregulierung und in Sekundärproblematiken wie z.B. Angststörungen im Jugendlichen- und Erwachsenenalter auftreten.

3.3 Testung / Befund

Zunächst findet ein Elterngespräch statt, bei dem schon verschiedene Hinweise auf persistierende frühkindliche Reflexe erfragt werden (z.B. auffällige Sitzhaltungen, Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung wie fehlendes Krabbeln im Kleinkindalter, Schwierigkeiten bei alltäglichen Dingen wie Schuhe binden, ...).

Dann finden verschiedene standardisierte Tests statt, um folgende Bereiche zu erfassen:

- Grobmotorik, Gleichgewicht und Koordination
- Kleinhirnbeteiligung
- Diadochokinese
- Primitive Reflexe, Halte- und Stellreflexe
- Seitigkeit der Augen, Ohren, Hände, Füße
- Okulomotorik
- Visuelle Wahrnehmungsfähigkeit
- Gegebenenfalls Hörverarbeitung

Während der Testung der unterschiedlichen Bereiche werden auch Hinweise auf persistierende primitive Reflexe beobachtet und erfasst. Sitzen die Kinder z.B. immer im Zwischenfersensitz oder haben Schwierigkeiten beim Krabbeln, so kann dies durch eine Restaktivität des STNR (Symmetrisch tonischen Nackenreflexes) bedingt sein. Sind beispielsweise beim Test „Augenfolgebewegungen“ die horizontalen Folgebewegungen gestört und folgt evtl. noch der Kopf der Augenbewegung, so deutet dies auf einen persistierenden ATNR (Asymmetrisch tonischen Nackenreflex) hin.

3.4 Behandlung / Therapie

Auf Grundlage des Screenings im Elterngespräch und der Testung werden die noch vorhandenen frühkindlichen Reflexe und sämtliche Auffälligkeiten im Bereich der Grobmotorik, Koordination, Tonus und Okulomotorik einander gegenübergestellt. Es gibt eine „Waagschale“, die eine grobe Einteilung in zwei Gruppen zulässt: die „Moro-Waagschale“ und die „TLR-Waagschale“. Die Schwere der Waagschale entscheidet, welche erste Übung vergeben wird. Die Übungen sind in vier verschiedene Stufen eingeteilt (Stufe 0-4).

Jede Übung wird zunächst für 6-8 Wochen vergeben. Dann erfolgt eine Re-Testung. Hier werden stichpunktartig nochmals wichtige motorische Tests und einige Reflexe getestet und Veränderungen in der Motorik, dem Verhalten und im schulischen Bereich von den Eltern erfragt.

Die vergebene Übung wirkt auf den Reflex und bildet ihn nochmals in leicht veränderter Form nach. Dadurch wird der Reflex nochmals durchlaufen, reift aus und wird abschließend gehemmt.

Durch die hohe Körperspannung, die über ca. 3-5 Minuten bei den Übungen gehalten werden muss, wird gleichzeitig der Tonus aufgebaut bzw. normalisiert. Durch die Drehbewegung oder veränderte Kopf- und Körperhaltungen wird das vestibuläre System angesprochen, mittrainiert und verbessert.

Die Therapie zielt also nicht nur auf die Hemmung der Reflexe, sondern verbessert gleichzeitig auch den Tonus, das Gleichgewicht und die Körperwahrnehmung.

Zu jeder Übung gehört auch der sogenannte „Touch-Count“. Bei diesem soll das Kind die Augen schließen. Es wird dann 5x hintereinander von der Hilfsperson an verschiedenen Stellen des Körpers berührt / „angestupst“. Das Kind soll bei jeder Berührung mitzählen. Dadurch wird die Wahrnehmung auf die betroffene Stelle gelenkt. Durch die propriozeptiven Stimuli des Anstupsens wird die Körperwahrnehmung verbessert.

In der Regel beginnt die Therapie bei Kindern mit ca. 5 Jahren, also etwa im Vorschulalter, wenn die Kinder kognitiv in der Lage sind, die Übungen mitzumachen. Erfahrene INPP-Therapeuten adaptieren die Übungen jedoch z.T. schon für jüngere Kinder.

4. Das Bobath-Konzept

4.1 Geschichte

Das Bobath-Konzept wurde von Berta und Dr. Karel Bobath im Jahr 1943 für Patienten mit neurologischen Defiziten entwickelt. Das Konzept ist ganzheitlich angelegt. Das heißt, es sieht den Menschen als Ganzes aus Körper und Geist. Es werden nicht nur die Defizite der Patienten gesehen, sondern der komplette Mensch mit all seinen Möglichkeiten und Ressourcen. Das erfordert die Arbeit in einem interdisziplinären Team, das aus Eltern / Angehörigen, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Pädagogen und Heilpädagogen, Psychologen und gegebenenfalls aus Hilfsmittel- und Orthopädietechnikern besteht.

Die neurophysiologische Behandlung im Bobath-Konzept orientiert sich an der normalen Bewegungsentwicklung. Sie hat zum Ziel, die Motorik zu verbessern. Da Motorik und Kognition untrennbar miteinander verbunden sind, verbessern sich so auch die kognitiven Möglichkeiten. Ebenso nimmt die Therapie Einfluss auf die Visceration (z.B. auf die Lungenbelüftung, die Darmtätigkeit oder Herzerkrankungen). Ziel ist es auch, möglichst Sekundärproblematiken wie psychische Folgeschäden, soziale Problematiken, ... zu vermeiden.

In den Anfängen ihrer Arbeit, hielten Berta und Karel Bobath die Überprüfung der tonischen Reflexmotorik für wichtig in der Behandlung des Kindes als Hilfe für die Diagnostik und die Behandlungsansätze. Nach einigen Jahren haben sie diese Form des Testens verlassen, da sie diese als nicht hilfreich in der Untersuchung und Behandlungsplanung empfanden. Sie hatten das Gefühl, dass solch eine Art der

Testung zu sehr zur Behandlung von Reflexen führte. Stattdessen suchten sie nun nach den Reaktionen auf hypertone Muster und deren Einwirkungen auf die normalen Fähigkeiten. [5]

Karel Bobath stellte die These auf, dass es durch die Neuroplastizität unseres Gehirns möglich ist, dass Prozesse, die in zuvor nicht (mehr) funktionierenden Hirnarealen stattfinden, nun von gesunden Hirnarealen übernommen werden können.

Bobath ist ein Behandlungskonzept, das auf der Fazilitation (s. 4.4) der physiologischen Stellreaktionen, Gleichgewichtsreaktionen, koordinierten Haltungs- und Bewegungsreaktionen beruht. Gleichzeitig werden der (Haltungs-) Tonus normalisiert und pathologische Reflexmuster gehemmt.

Bertha und Karel Bobath nahmen an, dass sensorische Reize (also unsere Sinneswahrnehmung) willkürliche Bewegungen hervorrufen können. In der Therapie wird dies genutzt, um durch Inhibition, Stimulation und Fazilitation eine Bewegung zu erlernen oder wieder zu erlernen. Falsche, unphysiologische Bewegungsmuster sollen gehemmt werden.

Bestandteil des Bobath-Konzeptes ist auch das Handling, also die therapeutische Unterstützung für Alltagshandlungen. Diese beginnt beim Säugling schon beim Aufnehmen aus dem Liegen auf den Arm, beim Drehen, Wickeln, ... Bei Kindern wird das Handling weitergeführt bei Bewegungen, Ankleiden, Pflegen, Lagern, Transfer, Nahrungsaufnahme, ... Das Handling umfasst auch Hilfen für Heranwachsende und Erwachsene. Es sollte für die Angehörigen ins tägliche Leben übertragbar sein.

Das Bobath Konzept ist nicht als starres Konzept mit speziellen Übungen zu verstehen. Es bezieht sowohl die individuellen Gegebenheiten eines Patienten und seiner Umgebung mit ein, wie auch neuere wissenschaftliche Erkenntnisse.

4.2 Wie sieht Bobath die persistierenden frühkindlichen Reflexe?

Im Bobath-Konzept wird nicht von frühkindlichen Reflexen, sondern von frühkindlichen Reaktionen oder tonischen Reaktionen gesprochen.

Berta Bobath war der Ansicht, dass es unmöglich ist, ein bestimmtes Haltungsmuster nur dem einen oder anderen Reflex zuzuordnen, da sich die Reflexe gegenseitig schwächen oder verstärken. „Auch gibt es Haltungs- und Bewegungsschablonen, die sich nicht durch einen bestimmten Reflex erklären lassen, sondern die durch Kompensation, als Antwort auf eine nicht mögliche physiologische Bewegung entstehen.“ [5]

Kinder mit einer Körperbehinderung können z.B. ihre Beinmuskulatur oft nicht aktiv ansteuern, sondern laufen stattdessen nur mithilfe der Schreitreaktion.

„Das Ausmaß der Stimulation, z.B. Eile in der Handhabung, Umwelteinwirkungen, emotionale Erregungen, beeinflussen das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein tonischer Reflexe in jedem Testfall. Nur bei schwersten Fällen von Spastik treten sie einigermaßen regelmäßig auf, während sie sich in leichteren Fällen und bei sehr jungen Kindern nur unter Stress zeigen.“ [5]

D.h. auch viele andere Faktoren beeinflussen unsere Bewegung: Neben den Reflexen bzw. Reaktionen auch Anstrengung, Emotionen, Kompensationsmuster und Stimulation.

Emotionen wirken sich immer auch auf den Tonus aus. Bei Ärger oder heftiger Erregung haben wir z.B. einen höheren Muskeltonus.

4.3 Testung / Befund

Zu Beginn der Behandlung steht der Befund. Dieser ist die Grundlage der Therapieplanung. Im Gegensatz zu anderen Therapie-Konzepten wird jedoch jede Behandlung / Therapiestunde gleichzeitig auch als Befund genutzt. Die Befundung geschieht über die gezielte Beobachtung von physiologischen und unphysiologischen Bewegungsmustern. Sie wird als ständige Interaktion gesehen: Der Therapeut behandelt, erspürt und beobachtet Veränderungen des Tonus und der Bewegungsausführung und baut darauf wieder die nächsten Übungen auf. Diese werden gleichzeitig wieder zur Beobachtung genutzt. Jede Behandlung ist also gleichzeitig wieder eine Befundung.

Der Befund beinhaltet immer die Beobachtung sowohl von Tonusveränderungen, Motorik, Gleichgewicht, Koordination als auch den Einfluss von noch vorhandenen primitiven Reflexen.

In den Befund mit einbezogen werden auch die Informationen aus dem Umfeld, die Situation des Patienten, seine Schwierigkeiten und Ressourcen und die Ziele des Patienten.

4.4 Behandlung / Therapie

Die Behandlung nach dem Bobath-Konzept erfolgt im rhythmisch tonischen Dialog. Vieles in unserem Leben hat einen Rhythmus: Herzschlag, Atmung, Darmperistaltik, Kommunikation, Sprache, Bewegung, ... Der Rhythmus gibt uns Struktur. Er reguliert auch den Muskeltonus. Je rhythmischer eine Bewegung ist, desto mehr macht sie Spaß. An der rhythmischen Antwort des Patienten kann der Therapeut erkennen, ob es irgendwo ein Problem gibt; ob z.B. ein Patient Schmerzen hat, die er nicht verbalisieren kann. Der rhythmisch-tonische Dialog erfolgt immer als Interaktion zwischen Therapeut-Patient und Patient-Therapeut.

Durch Beschleunigung, Verzögerung oder Innehalten wird die Aufmerksamkeit des Patienten gesteigert, so dass ihm die Tonus-, Haltungs- und Bewegungsänderungen besser auffallen und er sie dadurch besser kontrollieren kann.

Bei der Behandlung folgt der Therapeut dem „Hands on – hands off-Prinzip“. Wo nötig fazilitiert er Bewegungen. Wenn möglich werden diese Hilfen nach und nach abgebaut. Fazilitation bedeutet übersetzt: Bewegung anbahnen, erleichtern, ermöglichen. Durch Fazilitation werden bestimmte, zusammenhängende Muskelketten stimuliert und aktiviert. Dies geschieht dadurch, dass der Therapeut mit seinen Händen Informationen über die Haut, das Bindegewebe, die Muskulatur, die Knochen und Gelenke an das Nervensystem gibt, die der Körper aufgrund einer

zerebralen Störung nicht selbst bekommt. Dadurch sollen sich die Bewegungen, Stell-, Gleichgewichts- und Stützreaktionen wieder der Normalität annähern.

Durch die Stimulation verändert sich auch der Tonus.

Zusammengefasst geht Bobath davon aus, dass sich durch eine Tonusnormalisierung, verbessertes Gleichgewicht, Vertikalisierung (Aufrichtung zum Stand), Erarbeiten von Symmetrie beider Körperhälften und vor allem durch eine verbesserte Rumpfstabilität auch die noch bestehenden primitiven Reaktionen integrieren (also „verschwinden“) werden.

5. Die beiden Therapiekonzepte am Beispiel des Moro-Reflexes

5.1 Wie wird ein noch persistierender Moro-Reflex erkannt?

5.1.1 Testung Moro-Reflex nach der INPP-Methode

Schon im Erstgespräch mit den Eltern kann es Anzeichen geben, die auf einen persistierenden Moro-Reflex hinweisen oder darauf, dass der Moro-Reflex nicht ausreichend entwickelt war, da die Rückzugstendenzen noch zu stark waren. Beide Varianten sind Indikatoren für eine Behandlung.

Es gibt drei verschiedene Möglichkeiten, den Moro-Reflex zu testen. Z.B. einen Test, bei dem das Kind aufrecht steht. Die Arme werden locker auf knapp unterhalb der Schulterhöhe angewinkelt, so dass die Hände sich auf Höhe des Kinns in kurzem Abstand „gegenüberstehen“. Die Handgelenke sind entspannt. Nun soll das Kind seinen Kopf in den Nacken legen und die Augen schließen. Auf ein Zeichen des Testers hin, soll das Kind sich „wie ein Brett“ nach hinten in die Arme des Testers kippen lassen. Dabei wird beobachtet, ob das Kind die Aufgabe bewältigen kann, ob es Stresszeichen zeigt, ob die Hände und Arme sich nach außen bewegen und ob es nach Luft schnappt oder hörbar einatmet.

Die Reaktion wird mit einem Wert von 0-4 bewertet. 0 bedeutet, dass der Reflex nicht mehr auslösbar ist, 4, dass er noch sehr stark vorhanden ist.

5.1.2 Testung Moro-Reflex nach dem Bobath-Konzept

Im Bobath-Konzept gibt es keine standardisierten Tests für persistierende frühkindliche Reflexe. Wie alle anderen motorischen Defizite, Lähmungen, Tonus, werden auch die Reflexe in der Befundung und in jeder Therapieeinheit beobachtet und eingeordnet.

Im Gespräch mit den Eltern werden diesen mögliche Auslöser des Reflexes und die Reaktionen darauf beschrieben: Der Moro-Reflex wird durch vestibuläre, taktile, visuelle oder auditive Reize ausgelöst. Als Reaktion darauf werden zunächst die Arme abduziert, es kommt zur sofortigen Erregung, raschem Einatmen,

Pupillenerweiterung, Alarmierung des Sympathischen Nervensystems und evtl. zu einem Gefühlsausbruch. Oft erkennen die Eltern darin ihr Kind wieder und beschreiben solche Situationen im Alltag. In der Therapie zeigen sich häufig bei Lageveränderungen Teile der Moro-Reaktion. Auch ein unerwartetes Ansprechen, Husten, Türe knallen, ... kann zur Auslösung der Moro-Reaktion führen, das beobachtet werden kann. Die Patienten bleiben eine Weile in ihrer Anspannung gefangen und können evtl. ihre Stabilität nicht mehr halten.

Eine Übung, bei der eine noch vorhandene Moro-Reaktion beobachtet werden kann, ist z.B., dass das Kind in Rückenlage auf einem Pezziball liegt. Wird es dann kopfüber in Richtung Boden gerollt, kann es (trotz vorheriger Ankündigung) zum Auslösen und Beobachten der Moro-Reaktion kommen.

5.2 Behandlung

5.2.1 Behandlung nach INPP

Wenn das Kind mehr Hinweise für die „Moro-Waagschale“ zeigt, so wird die Übung „Fötale Bewegung“ vergeben.

Bei dieser Übung sitzt das Kind auf einem Stuhl an der vorderen Stuhlkante und lehnt sich mit gestrecktem Rücken an der niedrigen Lehne an. In der Ausgangsstellung sind die Arme und Beine überkreuzt, der Kopf nach vorne auf die Brust gesenkt und die Augen geschlossen.

Die Übung beginnt zunächst mit dem Touch-Count. - Dann legt das Kind den Kopf langsam in den Nacken und entfaltet gleichzeitig in einer fließenden Bewegung die Arme und Beine in eine „ausgebreitete“, nicht komplett gestreckte Haltung. - Wieder Touch-Count. - Nun bewegt sich das Kind zurück in die Ausgangsposition, diesmal sind jedoch beim Kreuzen der Arme und Beine jeweils der andere Arm/das andere Bein oben. - Erneut wird per Touch-Count berührt und gezählt. - Dann entfaltet das Kind sich wieder (s.o.). - Touch-Count. - Nun geht das Kind zurück in die Ausgangsstellung; Arme und Beine sind wie zu Beginn gekreuzt. - Als Abschluss nochmal ein Touch-Count.

Diese „Fötale Bewegung“ übt der Therapeut zunächst mit dem Kind. Im Anschluss erklärt er Kind und Eltern worauf es ankommt und welche Auswirkungen die Übung auf Muskeltonus, Reflex, Gleichgewicht und Körperwahrnehmung hat. Die Eltern bekommen gezeigt, worauf sie bei der Übung achten sollen, da diese ja als Heimtraining für die nächsten Wochen täglich allein zuhause geübt wird. Nach einer Woche geben die Eltern Rückmeldung, wie es mit der Übung klappt und ob es irgendeine Veränderung gibt, da manche Kinder nach Start des Trainings ungewohnte Verhaltensweisen zeigen (sie können übergangsweise z.B. fordernder sein). Idealerweise filmen die Eltern die Übung zuhause, damit der Therapeut notfalls korrigierend eingreifen kann.

Stellt sich bei der Übungsvergabe heraus, dass das Kind z.B. die Muskelspannung bei dieser Übung noch nicht ausreichend halten kann, so kann die „Fötale Bewegung“ variiert werden als „Fötale Bewegung in Rückenlage“. Oder es werden zunächst Übungen aus der Stufe 0 vorgeschoben, die das Kind einige Wochen durchführt, bis es dazu in der Lage ist, die eigentliche Übung durchzuführen.

Der Therapeut hat innerhalb des in sich aufeinander aufbauenden Übungsprogramms der INPP-Methode die Möglichkeit die jeweils passenden Übungen auszusuchen und gegebenenfalls zu adaptieren.

Bei der Wiedervorstellung nach ca. 8 Wochen geht es nicht nur um die Re-Testung, sondern auch darum, was sich verändert hat – und zwar sowohl im motorischen Bereich, in Bezug auf die Schulschwierigkeiten, den Umgang im sozialen Umfeld und das Verhalten des Kindes. Diese Veränderungen werden im Gespräch mit Kind und Eltern erfragt. Wenn möglich, berichten die Eltern auch von Rückmeldungen aus der Schule.

5.2.2 Behandlung nach Bobath

In der Behandlung wird nicht gezielt auf die Hemmung des Moro-Reflexes eingegangen. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass durch eine verbesserte Rumpfstabilität unphysiologische Reaktionen reduziert werden können. Je stabiler jemand ist, desto weniger reagiert er unphysiologisch.

Daher wird in der Therapie z.B. viel über Rotation und Stütz gearbeitet.

Der Stütz ist zum einen wichtig, damit die Patienten propriozeptive Reize bekommen und sich dadurch besser spüren und die Möglichkeit haben, den Tonus zu verändern. Der Stütz nach vorne ist wichtig für die Aktivierung der ventralen Kette, die (zusammen mit der dorsalen Kette) eine Voraussetzung für eine gute Rumpfstabilität ist, also auch für ein gutes Gleichgewicht und für die Schutzreaktionen.

Die Rotation dient der Eigenregulation des Muskeltonus und reduziert einen Hypertonus. Sie aktiviert die diagonale ventrale Kette und dient der Koordination von ventraler und dorsaler Kette. Durch die Rotation müssen auch die Agonisten und Antagonisten unserer Muskulatur koordinierter zusammenarbeiten. Durch den überkreuzenden Faktor der Rotation werden beide Gehirnhälften aktiviert, intensiv miteinander verknüpft und arbeiten besser miteinander, was wiederum wichtig für alle kognitiven Prozesse ist. Die Rotation ist wesentlich für ein gutes Gleichgewicht, den Stand und den Gang.

Bei einem Patienten mit noch bestehendem Moro-Reflex sollte in einer ruhigen Atmosphäre gearbeitet werden. Das heißt: kein plötzliches, unerwartetes Berühren, keine unerwarteten Ansprachen, kein Ansprechen von hinten, ...

Da im Normalfall ein guter Austausch mit den Eltern stattfindet oder die Eltern in der Therapie dabei sind, wissen die Eltern, worauf sie zuhause achten sollen bzw. welche Übungen sie machen können. Umgekehrt sieht der Therapeut die Kinder mindestens 1x pro Woche, so dass er schnell auf jede Veränderung und aktuelle Problemstellungen reagieren kann.

6. Fragen, die sich aus diesen unterschiedlichen Herangehensweisen ergeben

6.1 Welches Klientel wird durch die beiden Konzepte angesprochen?

Die INPP-Methode richtet sich an Menschen mit Lern-, Verhaltens-, Bewegungs- und Wahrnehmungsproblemen.

Das Bobath-Konzept ist für Menschen mit zerebralen Bewegungsstörungen ausgelegt.

Ein Kind mit schwerer körperlicher und geistiger Behinderung und gegebenenfalls Spastik, wird vermutlich nicht in der Lage sein, die Übungen aus dem INPP-Programm umzusetzen. Hierfür ist ein Mindestmaß an kognitiver Umsetzungsfähigkeit und Mitarbeit nötig. Diese Kinder profitieren eher von einer Behandlung nach dem Bobath-Konzept, da hier viel nonverbal mit Führung durch den Therapeuten gearbeitet wird (s. Fazilitation, Hands on). Und eine starke Spastik benötigt zunächst viel Arbeit an der Rumpfstabilität, Lockerung und Dehnung.

Für weniger stark betroffene Kinder mit Defiziten in Gleichgewicht, Motorik und Koordination sind sowohl das INPP- als auch das Bobath-Konzept geeignet.

Das INPP-Programm wiederum ist neben der motorischen Indikation ideal auch für Kinder mit Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten. Andere Therapieprogramme legen den Fokus bei solchen Kindern hauptsächlich auf den kognitiven Bereich. Oft werden motorische Defizite und noch vorhandene persistierende primitive Reflexe aber übersehen. Hier setzt die INPP-Methode mit ihrem neuromotorischen Übungsprogramm an und stellt den Zusammenhang zwischen den primitiven Reflexen und den – nicht nur motorischen – Störungen, Schwierigkeiten und Auffälligkeiten des Kindes her.

Zusätzlich bietet INPP noch das Schulfreifeprogramm an. Dieses ermöglicht es, mit Vorschülern oder Schulkindern zu arbeiten. So haben Pädagogen schon die Möglichkeit, erste Schulschwierigkeiten mit Übungen in der Gruppe abzufangen und die Kinder besser auf den weiteren Schulweg vorzubereiten.

6.2 Können beide Therapieformen im gleichen Zeitraum angewandt werden?

INPP empfiehlt, zu Beginn (in Stufe 0 und 1) ausschließlich nach der INPP-Methode zu trainieren.

In den ersten Wochen des INPP-Trainings beginnt sich nicht nur der Tonus und die Motorik zu ändern, sondern in der Regel auch das Verhalten. Die Kinder werden zunächst oft fragiler und empfindlicher, bis sich das Ganze stabilisiert. Nach ein paar Wochen Training werden sie aktiver und bekommen emotional eine größere Bandbreite. Das ist oft eine sehr anstrengende Zeit für die Familien, da die Kinder auf einmal ungewohnte Verhaltensweisen wie Zorn, Aufmüppigkeit o.ä. zeigen können.

So wie sie durch das INPP-Training neuromotorische Entwicklungsschritte nachholen, so durchleben sie nun auch emotionale Entwicklungsschritte. Daher sollte sich in dieser Zeit das Training auf eine Methode konzentrieren, um nicht noch mehr Unruhe in das Leben des Kindes und seiner Familie zu bringen.

Außerdem ist es immer sinnvoll, zwei verschiedene Konzepte erst im Abstand von einigen Wochen zu beginnen. Wenn gleichzeitig mit zwei unterschiedlichen Therapieformen begonnen wird, so weiß man nicht, wodurch die Veränderungen kommen, die sich ergeben und an welcher „Stellschraube“ man gegebenenfalls drehen sollte.

Wenn das INPP-Grundtraining in Stufe 1 abgeschlossen ist, können beide Konzepte zeitgleich angewandt werden. Dies erfordert erfahrene Therapeuten auf beiden Seiten, die um die möglichen Effekte des jeweils anderen Konzeptes und Trainings wissen.

Führt ein Patient die INPP-Übungen als Heimtraining durch und wird parallel dazu in der Ergo- oder Physiotherapie nach dem Bobath-Konzept behandelt, so kann dies zu synergistischen Effekten führen: Die Arbeit an der Rumpfstabilität und Tonusnormalisierung nach Bobath kann helfen, die Reflexe schneller zu integrieren. Und umgekehrt kann die tägliche Übung nach dem INPP-Programm helfen, den Tonus und die Rumpfstabilität zu verbessern. So könnte schneller und noch gezielter auf Veränderungen eingegangen werden und die Wirkung der Übungen sich gegenseitig verstärken.

Wichtig ist aber nicht nur, was therapeutisch sinnvoll ist. Es sollte das gesamte Umfeld betrachtet werden. Die Eltern sind sowohl beim INPP-Training als auch bei Bobath mit Übungen für zuhause eingespannt. Hier muss man schauen, wo die Kapazitätsgrenze der Eltern ist. Was ist für sie leistbar? Jeden Tag die INPP-Übung plus zusätzlich noch zur Bobath-Therapie zu fahren? Oder schaffen sie mit Ach und Krach eines davon? Und wie sieht es mit der Motivation des Kindes aus? Findet es sowieso schon alles viel zu anstrengend? Oder sieht es eine Chance in der Therapie?

Manchmal muss auch ganz pragmatisch geschaut werden, wo die Eltern überhaupt die Möglichkeit haben, einen entsprechenden Therapeuten zu finden.

Für manche Familien kann es organisatorisch leichter sein, wenn sie nur alle paar Wochen zum INPP-Therapeuten kommen müssen und die Zeit für die tägliche Übung frei einteilen können. Den Betroffenen muss allerdings klar sein, dass das INPP-Training sich über einen Zeitraum von mindestens ½ Jahr, evtl. auch bis zu 1 ½ Jahren erstreckt.

Andere Familien sind froh, wenn sie einmal in der Woche die Verantwortung an den Therapeuten abgeben können.

Sind alle Seiten gleichermaßen motiviert und belastbar, so kann eine gleichzeitige Therapie nach beiden Konzepten durchaus vertreten werden, da sie sich wie gesagt gut ergänzen und verstärken können. Wichtig wäre dabei eine gute Transparenz zwischen beiden Konzepten und wenn möglich auch unter den Therapeuten, so dass an einem Strang gezogen werden kann.

Eine Kontraindikation für eine gleichzeitige Anwendung beider Konzepte sehe ich nur in der möglichen zeitlichen Überlastung der Familien und in der Gefahr, dass die

Therapeuten sich kritisch über die jeweils andere Methode äußern und die Eltern so verunsichert werden.

6.3 Was ist mit hypotonen Kindern?

Bei INPP: Bei den Übungen steht nicht nur der jeweilige persistierende Reflex (bzw. mehrere Reflexe) im Blickpunkt. Durch das Training wird gleichzeitig der Tonus normalisiert (im Falle einer Hypotonie wird das Kind einen besseren Tonus erlernen), das vestibuläre System angesprochen und die Körperwahrnehmung (durch den Touch-Count) verbessert. Wenn das Kind die Übungen motiviert durchhält, so verändert sich dadurch im Lauf der Zeit auch die Bereitschaft des Kindes, an schwierige Aufgaben und Übungen heranzugehen.

Bei Bobath: Bei hypotonen Kindern muss das richtige Maß an Forderung und Überforderung gefunden werden. Hypotone Kinder machen sehr schnell dicht, wenn sie überfordert sind. Daher ist der Therapeut herausgefordert, über spielerische Anreize das Kind zu Übungen zu bringen, die seinen Tonus erhöhen. Erhöht sich der Tonus, kann das Kind Bewegungen physiologischer durchführen. Sehr kleine Kinder kommen dadurch überhaupt erst zum Drehen, Krabbeln, zur Aufrichtung und irgendwann zum Stehen und Laufen. Ist der Tonus besser, kann sich auch die Rumpfstabilität verbessern, so dass irgendwann auch die frühkindlichen Reflexe die Möglichkeit haben, sich zu integrieren.

6.4 Was ist mit hypertonen Kindern?

Hat ein Kind eine (starke) Spastik, so ist es nicht in der Lage, die Übungen nach der INPP-Methode durchzuführen. Hier ist eine Behandlung nach dem Bobath-Konzept zu bevorzugen. Dieses arbeitet über Körperwahrnehmung, propriozeptive Reize, Stütz, Übungen gegen Widerstand etc. an der Tonusnormalisierung. Über die Rumpfaufrichtung und -stabilität und über Übungen, die viele rotatorische Aspekte haben, wird der Muskeltonus gesenkt, so dass Kinder mit einem Hypertonus sich besser bewegen können. Neben aktiven Übungen sind je nachdem auch passive Übungen zur Erhaltung der Mobilität bzw. zur Vermeidung von Kontrakturen nötig.

Es gibt aber auch Kinder, die nur punktuell mit einem zu hohen Tonus arbeiten, z.B. bei feinmotorischen Tätigkeiten wie beim Schreiben. Oder Kinder wie Anna, die je nach Tätigkeit zu viel oder zu wenig Tonus aufbauen. Für diese Kinder sind sowohl das INPP- als auch das Bobath-Konzept geeignet – sowohl um die persistierenden Reflexe abzubauen als auch um den Tonus zu normalisieren.

6.5 Die Wichtigkeit der Wiederholungen

Beide Konzepte sehen die Wichtigkeit der Wiederholung für das Lernen, haben aber unterschiedliche Herangehensweisen.

Das INPP-Programm beruht auf der immer gleichen Wiederholung einer Übung über den Zeitraum von mindestens 6-8 Wochen. Erst wenn die Symptome und die Werte der betroffenen Reflexe sich in der Re-Testung verringert haben, geht es weiter in die

nächste Stufe zu anderen Übungen. Die Replikationstheorie von Blythe besagt: „Es ist möglich, dem Gehirn eine zweite Chance zu geben, hemmende Bewegungsmuster zu registrieren, oder ein Entwicklungsstadium erneut zu durchlaufen ... Diese Bewegungen ... tragen dazu bei, einerseits die Hemmung eines primitiven Reflexes und andererseits die spätere Entwicklung einer reiferen posturalen Reaktion zu fördern.“ [3] Dies alles geschieht wie beim Säugling und Kleinkind in bestimmten stereotypen Bewegungen mit vielfacher Wiederholung.

Auch Bobath baut darauf auf, dass Kinder viele Hundert oder Tausend Male eine Bewegung wiederholen, bis sie diese können. In der Therapie wird daher auch in Wiederholungen geübt. Allerdings immer wieder in (kleinen) Variationen. Diese Variationen sind nach Bobath sehr wichtig, da sie im Kleinhirn abgespeichert werden und später vom Großhirn abgerufen und genutzt werden können. Bei Kindern mit zerebralen Störungen dauert das Wiederholen viel länger. Aber auch sie benötigen Variationen.

6.6 Kritische Anmerkung von INPP-Seite

INPP ist der Ansicht: „Viele physiotherapeutische und psychomotorische Programme beginnen auf der Ebene der Halte- und Stellreaktionen, indem sie Bewegungsmuster stimulieren, die die früheren darunterliegenden Muster hemmen sollen. Das kann dauerhaft nur erfolgreich sein, wenn die primitiven Reflexe nicht mehr so stark präsent sind“ [6]. Wenn wir aber die Übungen zur Verringerung der neuromotorischen Unreife durchführen, so kann sich bei der Re-Testung nach mehreren Wochen zeigen, dass auch die posturalen Reflexe und die Kopfstellreaktionen sich verbessert haben.

6.7 Kritische Anmerkung eines Physiotherapeuten zur INPP-Methode

Die Anmerkung bezieht sich beispielhaft auf die Übung „Fötale Bewegung“ aus dem INPP-Übungsprogramm. Hier wirft der Physiotherapeut Tobias Bergerhoff die Frage auf „ob es mit diesen Übungen tatsächlich gelingt, die Moro-Reaktion zu integrieren bleibt fraglich, zumal das Kind dann in ein und derselben Testsituation wieder auf den Moro überprüft wird. Die dabei entstehende Routine und die Einfachheit ohne jegliche Variation innerhalb der Übung lassen aber daran zweifeln, dass die Moro-Reaktion so gut gehemmt ist, dass die Sensomotorik des Kindes sich in qualitativ gutem Maße entwickelt. Die fehlenden Aufrichtungsmechanismen, die durch die Tonisierung der Rumpfmuskulatur bei der „fötalen Bewegung“ wenigstens in Ansätzen vorhanden sind, können nicht darüber hinwegtäuschen, dass die eigentlichen Ursachen für das Vorhandensein der Moro-Reaktion in einer mangelnden Stabilität rund um die gesamte Wirbelsäule sowie im Fehlen der mangelnden Koordination des Kindes liegen. Zu einem späteren Zeitpunkt gehört auf jeden Fall die Aufarbeitung der sensomotorischen Defizite bis zurück in das Säuglingsalter zu den Hauptaufgaben einer erfolgreichen Therapie und nicht ausschließlich das stupide und repetitive Nachahmen einer frühkindlichen Reaktion, ohne Bezug zur sensomotorischen Entwicklung und dessen physiologischen Aufrichtungsmechanismen.“ [7]

6.8 Wer kann nach INPP oder Bobath behandeln?

INPP bildet Berufstätige mit abgeschlossener Berufsausbildung und mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in pädagogischen, therapeutischen, medizinischen und psychologischen Berufsfeldern in „neuromotorischer Entwicklungsförderung“ aus.

Nach dem Bobath-Konzept arbeiten hierzu weitergebildete Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung und Pflegekräfte.

Das INPP-Konzept ist also einer breiteren Menge an Berufsbildern möglich. Dies sollte nicht nur als Hineindrängen in die therapeutischen Berufe gesehen werden, sondern kann auch eine Chance sein. Zum einen wird – wie schon erwähnt - z.T. unterschiedliches Klientel angesprochen. Zum anderen haben Eltern oft die Schwierigkeit, geeignete Therapeuten zu finden. In unserer Region gibt es z.B. viel zu wenig Kinder-Physiotherapeuten, geschweige denn Kinder-Bobath-Therapeuten. Kinder müssen oft lange auf einen Therapieplatz warten. Und zu allem kommt noch, dass es auf Grund des immer schärfer werdenden Heilmittel-Katalogs immer schwieriger für Eltern und Ärzte wird, eine Heilmittelverordnung zu bekommen bzw. auszustellen.

Außerdem ist es Pädagogen mit INPP-Zusatzausbildung möglich, das Neuromotorische Schulreifeprogramm im Laufe eines Schuljahres mit täglichen Übungen in der Gruppe durchzuführen. Dies gibt auch Kindern die Chance, eine Förderung zu erhalten, die bisher durchs Therapieraster gefallen sind und erst in der Schule durch Lernprobleme oder Verhaltensauffälligkeiten auffallen.

7. Schlussfolgerung

Bei der Diskussion um die Therapie von persistierenden frühkindlichen Reflexen scheint es mir wie mit der Frage „Was war zuerst? Die Henne oder das Ei?“ Die INPP-Befürworter sagen, dass die Konzepte, die die Stabilisierung der Halte- und Stellreaktionen als wichtigste Grundlage ansehen, nur dann auf Dauer erfolgreich sein können, wenn die primitiven Reflexe nicht mehr so stark präsent sind. Die Befürworter des Bobath-Konzepts vertreten wiederum die These, dass ein ausreichender / adäquater Tonus, eine gute Rumpfstabilität und Aufrichtung nötig sind, damit die Reflexe sich überhaupt integrieren können.

Ich finde es schade, dass die Diskussion in einer Ausschließlichkeit geführt wird, die andere Erkenntnisse nicht stehen lässt. Beide Konzepte haben ihre Berechtigung und seit Jahrzehnten Erfolg mit ihrem jeweiligen Training.

Wie ich in Punkt 6.1 schon ausgeführt habe, hängt es oft davon ab, welche Probleme und Defizite die Patienten mitbringen. Habe ich ein Kind mit einer Zerebralparese und schweren motorischen Störungen, Spastik, Hemiplegie, Ataxie o.a.? Oder habe ich ein Kind, das Lernschwierigkeiten, motorische Defizite oder Verhaltensauffälligkeiten hat? Dies entscheidet ja mit, welche Therapieform dem Kind zunächst angeboten werden sollte, um es bestmöglich zu fördern. Persistierende frühkindliche Reflexe haben eben eine ganze Reihe von Auswirkungen – nicht nur motorische. Kinder mit Lernschwierigkeiten oder

Verhaltensauffälligkeiten würden vom Arzt zunächst eher nicht zum Bobath-Therapeuten verwiesen werden.

Auch ein Teil der Kinder mit AD(H)S oder aus dem autistischen Spektrum weisen noch frühkindliche Reflexe auf. Wie gut, wenn es dann Therapeuten oder Pädagogen gibt, die um die Auswirkungen der persistierenden primitiven Reflexe wissen und dies mit in ihre Behandlung einbeziehen können.

Wichtig finde ich auch, ganz pragmatisch auf die Situation des Betroffenen und seiner Familie zu schauen. Was für Möglichkeiten hat ein Patient? Welche (Übungs-) Kapazitäten haben er und seine Angehörigen überhaupt?

Auch die Frage „Wie kann ich als Therapeut das entsprechende Konzept vermitteln?“ spielt eine Rolle. Was nützt das tollste Konzept, wenn ein Betroffener oder seine Familie es nicht nachvollziehen kann und damit auch nur bedingt dahintersteht? Wie viele Chancen habe ich dann als Therapeut, dass derjenige gut mitarbeitet?

Ich glaube, dass viele Patienten, die schon nach Bobath behandelt werden, gar nicht auf die Suche nach einem alternativen Therapiekonzept gehen, da sie ja im Sinne Bobaths ganzheitlich behandelt und mit all ihren Stärken und Ressourcen wahrgenommen und gefördert werden.

Für viele Kinder die jedoch „unter dem Radar“ laufen und scheinbar unspezifische Probleme haben, kann das Training nach der INPP-Methode eine gute Alternative sein.

Es mag manche Eltern verunsichern, dass es so viele unterschiedliche Therapie-Konzepte auf dem Markt gibt. Sie sind ja keine Fachleute. Und manches Förderprogramm verspricht das Blaue vom Himmel. Auch mein Sohn musste, wie schon erwähnt, verschiedenste Therapieansätze durchlaufen, weil ich zu der Zeit einfach noch zu wenig Ahnung hatte. Und manchmal hat mich erst eine Fortbildung auf eine neue Spur gebracht. Ich wäre damals sehr froh gewesen, wenn ich von den jeweiligen Behandlern auf zusätzliche Therapiemöglichkeiten wie z.B. das Visualtraining hingewiesen worden wäre. Das hätte uns viel Energie und Frust erspart. Und in der richtigen Reihenfolge wäre das Ganze noch deutlich effektiver gewesen.

Allein schon durch diese eigene Erfahrung sehe ich unterschiedliche Methoden als Gewinn und große Chance. Und als Therapeut habe ich dadurch eine große Variationsbreite und kann Patienten noch viel gezielter weiterhelfen. Ein guter Therapeut sollte idealerweise vernetzt sein und über seinen Tellerrand schauen können. So kann er, wenn er merkt, dass „noch etwas fehlt“, auf andere Therapie-Konzepte hinweisen.

Ich persönlich finde es genial, dass es so viele unterschiedliche Konzepte gibt (außer INPP und Bobath gibt es noch andere Konzepte, die die persistierenden frühkindlichen Reflexe im Blick haben). Das eröffnet uns eine größere Vielfalt und mehr Möglichkeiten und einen sich gegenseitig befruchtenden Austausch.

INPP und Bobath - beide Konzepte haben den Menschen als Ganzes im Blick. Und wenn wir Therapeuten dies so auch umsetzen, über unseren eigenen Tellerrand schauen und das Verbindende erkennen, werden wir den Betroffenen bestmöglich weiterhelfen können.

Literaturverzeichnis

- [1] Zink, C.: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch - 256. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter 1990
- [2] Sally Goddard Blythe: Greifen und Begreifen - 8. Auflage – VAK-Verlag 2009
- [3] Sally Goddard Blythe: Attention, Balance and Coordination, das ABC des Lernerfolgs, 1. Auflage – Hogrefe 2021
- [4] Quelle: www.inpp.de
- [5] Berta Bobath: Abnorme Handlungsreflexe bei Gehirnschäden, 4. Auflage, Thieme-Verlag Stuttgart, 1986
- [6] Anja van Velzen: Handbuch zum INPP-Konzept „Die Neuromotorische Entwicklungsförderung“ Modul 1, 13. Auflage Tannheim 2006
- [7] Tobias Bergerhoff: Persistierende frühkindliche Reaktionen, Eine kritische Betrachtung aus physiotherapeutischer Sicht – Teil 2. – pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten_60 (2008) – www.therapiefuerkinder.net