aus **ERGOTHERAPIE**

Arbeitsmaterialien zum Projekt Ergotherapie –Aktivierungstherapie 1978 -1982
Verband Schweizerischen Ergotherapeuten (Hrsg).

TEXTE ZU VERSCHIEDENEN BEREICHEN DER ERGOTHERAPIE

F. TEIL PÄDIATRIE

VORWORT

Die hier vorliegenden Texte sind als sichtbares Ergebnis nur ein Teil der intensiven Zusammenarbeit unserer Gruppe während des Projektes Ergotherapie-Aktivierungstherapie. Als sich im Sommer 1977 die Gruppe bildete, erschien uns die Aufgabe, unsere Tätigkeit als Ergotherapeuten im Bereich Pädiatrie zu beschreiben recht schwierig. Die verschiedenen Aufgabenbereiche in Kinderspitälern, Früherfassungszentren oder Sonderschulen, auch die Unterschiede im Alter und in der Berufserfahrung erschwerten am Anfang unsere Diskussionen. Mit der Zeit entdeckten wir jedoch, dass wir trotz dieser Verschiedenheiten ähnliche Fragen und in vielem übereinstimmende Konzeptvorstellungen unserer Arbeit hatten. So ergab sich bald eine gute, auf Vertrauen beruhende Zusammenarbeit innerhalb unserer Gruppe.

Da wir diese Arbeit zusätzlich zu unseren bestehenden Aufgaben übernommen hatten, kamen wir meist alle recht müde nach einer befrachteten Arbeitswoche zusammen. Wir legten Wert darauf, unsere Treffpunkte an gemütliche Orte, sei es in Basel, Niederweningen, Luzern oder Goldiwil zu verlegen und uns auch immer wieder Zeit zu nehmen für ausgiebige Mahlzeiten und Spaziergänge. Dass wir daneben auch unsere Probleme formulieren und die Arbeit Schritt für Schritt angehen konnten, verdanken wir nicht zuletzt Margaretha Voellmy, die mit freundlicher Bestimmtheit und Zuverlässigkeit während vier Jahren die Funktionen einer Gruppenleiterin übernommen hat.

Die Texte sind das Ergebnis unserer Arbeit während den Jahren 1977-1982. Es sind Texte zu einem Konzept der Ergotherapie im Bereich Pädiatrie aus unserer heutigen Sicht. Da es bis heute sehr wenig berufsspezifische Literatur gibt, auf die wir uns hätten stützen können, empfanden wir die durch das Projekt gestellten Aufgaben als eine Herausforderung. In unseren zeitlichen Möglichkeiten waren wir von Anfang an eingeschränkt, sodass wir bald auch die Grenzen unserer Arbeit setzen mussten. Wir betrachten die vorliegenden Ergebnisse als eine Grundlage zur Weiterarbeit und kritischen Auseinandersetzung und wir hoffen, dass sie Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung und Praxis in diesem Sinne von Nutzen sein können.

Arbeitsgruppe Pädiatrie 1977 – 82 : Susi Dreier, Christine Henry (1978-1981) Rosemarie Hollenstein, Jeanine Moeri (1981-1982) Ursula Mosthaf, Sabine Oeri, Elsbeth Staerkle, Brigitte Stoll (1977-1978), Edith Teuscher, Margaretha Voellmy.

I DEFINITON DER ERGOTHERAPIE IM BEREICH DER PÄDIATRIE

Ergotherapie im Bereich Pädiatrie ist ein Beitrag zur Förderung kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher im Rahmen umfassender pädagogischer und therapeutischer Massnahmen.

In der Schweiz wird Ergotherapie gemäss der Terminologie der Invalidenversicherung den medizinisch-therapeutischen Massnahmen zugerechnet.

Durch Ergotherapie wird angestrebt, praktischem Denken und Handeln zugrunde liegende Fähigkeiten, Fertigkeiten und Funktionen zu fördern, Tendenzen zunehmender Behinderung entgegenzuwirken und damit Voraussetzungen zu wachsender Selbständigkeit zu schaffen.

Ergotherapie setzt als Mittel die Tätigkeit ein, die in ihrer Bedeutung für das kranke oder behinderte Kind erfasst, auf ihre Anforderungen hin analysiert und den spezifischen Bedürfnissen des Kindes angepasst wird. Das Eingehen auf die Wünsche des Kindes und das Auswählen und Anpassen geeigneter Tätigkeiten erfordert differenziertes methodisches Vorgehen aufgrund medizinischer, pädagogischer, psychologischer und bewegungstherapeutischer Kenntnisse,

II ARBEITSBEREICHE DER ERGOTHERAPIE IM BEREICH PÄDIATRIE

Ergotherapeuten arbeiten heute in der Schweiz in folgenden Institutionen:
Allgemeine Spitäler, Kinderspitäler, Früherfassungsdienste, Beratungs – und Behandlungsstellen, Sonderkindergärten, Sonderschulen, Wohngruppen, Ergotherapiezentren

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen ambulanter und interner Behandlung.
Bei der ambulanten Behandlung besuchen Ergotherapeuten das Kind zu Hause oder das Kind wird von einer Bezugsperson zur Behandlung in eine Institution gebracht (Behandlungsstelle, Kinderspital, Sonderkindergarten, Tagesschule). Kinder werden intern behandelt, wenn sie in einem Spital über längere Zeit hospitalisiert oder unter der Woche in einem Schulheim untergebracht sind. Sowohl bei interner wie ambulanter Behandlung gibt es verschiedene Formen:

- Die Kinder werden nach einem festen Stundenplan in den Räumlichkeiten der Ergotherapie behandelt, vor allem bei Vorschulkindern häufig im Beisein einer Bezugsperson.
- Ergotherapeutische Prinzipien werden durch die Mitarbeit des Ergotherapeuten in Familie, Wohngruppe, Kindergarten oder Schulgruppe in den Alltag integriert.

Auch bei interner Behandlung sind Hausbesuche gelegentlich angezeigt.

III INDIKATIONEN ZUR ERGOTHERAPIE

Indikationen zur Ergotherapie bei kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen sind Beeinträchtigungen des praktischen Denkens und Handelns, die Einschränkungen altersgemässer Selbständigkeit zur Folge haben und dadurch die weitere Entwicklung des Kindes bedrohen.

Ergotherapie ist insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern indiziert:

- cerebrale Bewegungsstörungen
- Status nach Schädel-Hirn-Trauma
- Status nach Erkrankung der Himhäute oder des Gehirns
- Missbildungen
- Muskelerkrankungen
- Nervenläsionen
- Verletzungen
- geistige Behinderungen

(vergleiche auch Anhang)

Im Bereich der Pädiatrie behandelt der Ergotherapeut Kinder mit Störungen bzw. Retardierungen in folgenden Aspekten des Verhaltens:

- Sensorik
- Motorik
- Kognition
- Emotionalität
- Soziabilität

Ergotherapie ist indiziert bei gravierenden isolierten Behinderungen (z.B. Handverletzung) und bei Behinderungen, bei denen verschiedene Verhaltensaspekte betroffen sind, wodurch die Handlungsvoraussetzungen der Kinder auf komplexe Weise beeinträchtigt sind.
Die Überweisung erfolgt in der Regel durch einen Arzt.

I V ZIELSETZUNG DER ERGOTHERAPIE

I V . 1. Allgemeine Zielsetzung

Ergotherapie hat zum Ziel, die Lebenssituation des Patienten zu verbessern und begleitende Hilfe zu geben zur Bewältigung von Problemen und zur aktiven Auseinandersetzung mit der Krankheit oder Behinderung.
Ergotherapie stellt innerhalb interdisziplinärer Zusammenarbeit einen Beitrag dar, beim Patienten Initiative, Selbständigkeit und soziale Zugehörigkeit zu unterstützen und zu fördern und dadurch seine körperliche, psychische und soziale Situation zu bessern.

I V 2. Spezifische Zielsetzung

In der Ergotherapie bei Kindern muss vor allem der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Entwicklung der Patienten noch nicht abgeschlossen ist.
Die Krankheit oder Behinderung kann die spontane Entwicklung der Kinder verzögern oder verunmöglichen. Andererseits kann aber auch eine Entwicklungsverzögerung zu sekundären Störungen und Behinderungen führen.
Damit das Kind eine möglichst normale, harmonische Entwicklung durchlaufen kann, muss die Handlungsfähigkeit auf der ihm gemässen Entwicklungsstufe gefördert und gleichzeitig die weitere Entwicklung vorbereitet werden. Dies ist besonders wichtig bei Kindern mit Geburtsgebrechen, da ihre Entwicklung von Anfang an bedroht ist.

Die Schwerpunkte der Ergotherapie bei Kindern liegen also sowohl im Bereich der Motivation als auch im Bereich der Förderung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Funktionen. Dabei müssen insbesondere die (folgenden) personalen, interpersonalen und äusseren Handlungsvoraussetzungen der Patienten beachtet werden.

I V 2.1. Personale Handlungsvoraussetzungen

Die Krankheit oder Behinderung eines Kindes beeinträchtigt direkt die Entwicklung der personalen Handlungsvoraussetzungen: Störungen der physiologischen Funktionen, der Sinnesfunktionen oder der motorischen Funktionen behindern die Entwicklung kognitiver und sozialer Fähigkeiten (Z.B. das Planen von komplexen Handlungsabläufen oder das Erkennen von und Eingehen können auf Bedürfnisse anderer Leute). Umgekehrt können Störungen der kognitiven und sozialen Fähigkeiten den Aufbau der motorischen Funktionen und Sinnesfunktionen negativ beeinflussen (z.B. gut koordiniertes Manipulieren).

Das Kind muss grundlegende individuelle und soziale Fertigkeiten und Gewohnheiten (z.B. Schuhe binden oder Umgangsformen) noch erlernen. Dieses Lernen wird durch Störungen der oben beschriebenen beiden Stufen der personalen Handlungsvoraussetzungen (kognitive und soziale Fähigkeiten einerseits und motorische Funktionen, Sinnesfunktionen und physiologische Funktionen andererseits) erschwert oder verunmöglicht.

Die Aufgabe des Ergotherapeuten ist hier, den Bedürfnissen des Kindes angepasste Lernsituationen einzurichten und das Kind so zu führen, dass es aus diesen möglichst grossen Nutzen ziehen kann. Für Zielsetzung, Planung und Durchführung der Therapie ist es unerlässlich, dass sowohl Schädigungen bzw. Störungen, als auch intakte personale Handlungsvoraussetzungen der Kinder auf allen drei Stufen (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Funktionen) erfasst werden.

I V 2.2.. Interpersonale Handlungsvoraussetzungen

In die Ergotherapie mit Kindern müssen die interpersonalen Handlungsvoraussetzungen (die zwischenmenschlichen Beziehungen und die soziale Situation des Patienten) in besonderem Masse einbezogen werden. Wichtig ist hier nicht nur die Beziehung zwischen dem behinderten oder kranken Kind und dem Therapeuten, sondern vor allem auch die Beziehung zwischen dem Therapeuten und den nahen Bezugspersonen der Kinder, ist das Kind doch in vielen Belangen noch nicht selbständig, sondern von den Erwachsenen (vor allem Eltern, aber z.B. auch von Pflegepersonal oder Lehrern) und von der Einstellung ihm und seiner Behinderung gegenüber abhängig. Der Einbezug dieser Bezugspersonen in die Therapie ist unerlässlich. Sie werden dazu angeleitet, mit dem kranken oder behinderten Kind in alltäglichen und altersgemässen Situationen umzugehen. Daher muss die Therapie nicht nur den Bedürfnissen der Patienten, sondern auch denen ihrer Bezugspersonen angepasst sein.

IV 2.3. Äussere Handlungsvoraussetzungen

Die äusseren Handlungsvoraussetzungen der kranken oder behinderten Kinder (Belastbarkeit, Tagesablauf der Familie, Distanz von Wohnort - Therapie etc.) bestimmen den äusseren Rahmen der Therapie mit (Dauer und Regelmass, Arbeitsplatzgestaltung etc.).

Art und Schweregrad der Krankheit oder Behinderung der Kinder und andere Faktoren, wie Alter, soziale Situation u.a.m., beeinflussen die Entscheidung darüber, ob der Schwerpunkt der Behandlung mehr auf der Berücksichtigung der personalen, interpersonalen oder äusseren Handlungsvoraussetzungen liegt.

V ERGOTHERAPEUTISCHES VORGEHEN

Ergotherapeutisches Vorgehen umschliesst Erfassung, Planung, Behandlung und Evaluation. Es ist unmöglich, diese vier Phasen klar voneinander zu trennen, da sie oft gleichzeitig verlaufen und aufeinander bezogen sind. Dies gilt in besonderem Masse für die Ergotherapie mit kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen. Hier handelt es sich ja meistens um Therapien über grosse Zeiträume hinweg, in denen die Patienten sich entwickeln und sich ihre Situation wesentlich ändern kann. Die Ziele, Mittel und Methoden müssen den Bedürfnissen der Kinder dauernd neu angepasst werden.

V 1. Erfassung

V 1.1 Bereiche der Erfassung

Eine möglichst umfangreiche Erfassung des Kindes ist Grundlage der Behandlung in der Ergotherapie. Sie richtet sich nach:

- den Angaben zur Person des Kindes
- seiner Krankheit oder Behinderung
- den Handlungsvoraussetzungen des Kindes

Die Qualität der Erfassung bestimmt weitgehend die Qualität der Behandlung mit. Zentrales Mittel der Erfassung ist die Erfahrung des Therapeuten, die es ermöglicht, aus Unterlagen, Informationen und eigenen Beobachtungen für die Therapie relevante Punkte zu finden und die richtigen Schlüsse zu ziehen

V 1.2 Mittel und Methoden der Erfassung

Die Erfassung des kranken oder behinderten Kindes und Jugendlichen in der Ergotherapie findet meistens innerhalb einer Behandlungssituation statt. Eigentliche Tests kommen nur selten zur Anwendung. Das Testen d.h. das Beobachten unter vorgegebenen Bedingungen findet in Situationen des praktischen Handelns statt.

Die Qualität der Erfassung bestimmt weitgehend die Qualität der Behandlung mit. Zentrales Mittel der Erfassung ist die Erfahrung des Therapeuten, die es ermöglicht, aus Unterlagen, Informationen und eigenen Beobachtungen für die Therapie relevante Punkte zu finden und die richtigen Schlüsse zu ziehen.

Das Studium vorhandener Unterlagen (Überweisung, Krankengeschichte, Poliklinikkarte, Schulbericht, Berichte von Psychologen oder Kinderpsychiatern) gibt Ergotherapeuten einen Überblick über den bisherigen Verlauf und den jetzigen Stand der Krankheit oder Behinderung des Patienten, sowie deren Beeinflussung durch andere medizinische, therapeutische, soziale oder pädagogische Massnahmen. Dieser Überblick kann konkretisiert werden durch mündliche Informationen, welche Eltern, andere Therapeuten, Lehrer (u.a.) den Ergotherapeuten geben.
Wichtigstes Mittel der Erfassung ist jedoch die Beobachtung. Sie richtet sich auf:

- spontanes, d.h. in diesem Zusammenhang nicht von Test-Situationen beeinflusstes Verhalten des Patienten im Umgang mit sich selbst, im Kontakt mit Menschen, im Umgang mit Materialien und Gegenständen.
- das Verhalten des Patienten in Situationen, die vom Therapeuten strukturiert sind, z.B. beim Lösen von Aufgaben, beim Ausführen bestimmter Handlungsabläufe, die besondere Anforderungen stellen (motorischer Funktionstest, Selbsthilfetest, Prüfung von Wahrnehmungsleistungen, Arbeits- und Belastungsproben) oder in sozialen Situationen, die vom Therapeuten bestimmt werden.

Die Auswahl der zu beobachtenden Punkte wird bestimmt durch die psychomotorische Entwicklungsstufe und die Behinderung oder Krankheit der Patienten. Dabei muss immer der beobachtete Stand der Entwicklung mit der Entwicklung von gesunden Kindern und Jugendlichen verglichen werden.

Die Beobachtungen dürfen nicht nur punktuell gemacht werden, sondern müssen möglichst breit angelegt sein. Dabei sollen auch sozio-kulturelle Einflüsse, unter denen der Patient steht und die sein Denken und Handeln mitbestimmen, beachtet werden.
Abklärungen eventuell auch ohne nachfolgende ergotherapeutische Behandlung, werden in einzelnen Fällen als Beitrag zur Entscheidung über rehabilitative Massnahmen durchgeführt. Dabei kann es sich um die Differenzierung von Diagnosen, um Mitsprache bei der Planung des weiteren Vorgehens, um die Abgabe von Hilfsmitteln, um spezielle Einrichtungen in der Wohnung, in der Schule und am Arbeitsplatz u.a.m. handeln.

V 2. Planung und Behandlung

V 2.1. Planung der Behandlung

Bedingung für eine wirksame Ergotherapie mit kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen ist eine gründliche Planung.
Klare Zielvorstellungen aufgrund von Indikation, Gegenindikation und den persönlichen Bedürfnissen der Kinder ergeben die konkreten Nah- und Fernziele der Therapie. Es kann hier jedoch nur die Richtung der Therapie festgelegt werden, da bei der Planung konkreter Massnahmen (Auswahl, Einsetzen und Dosieren der Mittel und Methoden) das Angebot in grosser Breite gemacht werden muss. In der Durchführung der Therapie muss sich der Ergotherapeut leiten lassen von der Situation und den momentanen Bedürfnissen des Kindes.
Da das Kind die Therapiesituation mitbestimmen soll, müssen seine Anstösse aufgenommen, modifiziert und mit den Zielvorstellungen in Übereinstimmung gebracht werden. Dies bedingt eine grosse Wachsamkeit des Therapeuten und viel Flexibilität bei dauernder Präsenz. der Zielvorstellungen.

V. 2.1.1. Planungskriterien und Grundsätze

Im Gegensatz zur Ergotherapie mit Erwachsenen ist die Ergotherapie mit kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen ein Entwicklungsprozess, bei dem weniger der Patient (aufgrund seines Alters und seiner Abhängigkeit) als Partner des Therapeuten verstanden wird, als vielmehr seine engen Bezugspersonen (meistens die Eltern, bei älteren Kindern auch Erzieher und Pädagogen). Im Interesse des Kindes muss der Therapeut versuchen, sich mit dessen Familie zu solidarisieren.

Damit das Gelingen der Therapie gewährleistet ist und sich eine tragfähige Beziehung zwischen dem Kind, seinen Bezugspersonen und dem Therapeuten entwickeln kann, ist das Schaffen einer Atmosphäre, in der sich alle Beteiligten wohlfühlen, unerlässlich. Nur wenn es gelingt, eine solche Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen, sind das Kind und seine Bezugspersonen motiviert, auch während längeren Behandlungsphasen, mitzuarbeiten.

Die Behandlung von kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen in der Ergotherapie muss auch als pädagogischer Auftrag angesehen werden, in den vorhandene physische und psychische Fähigkeiten, Bedürfnisse und Interessen des Kindes einbezogen werden.

Der Krankheit oder Behinderung des Kindes wird Rechnung getragen durch das Berücksichtigen von Indikationen und Gegenindikationen. Interpersonale und äussere Faktoren, die die Lebenssituation des Kindes wesentlich mitbestimmen, werden in der Behandlung berücksichtigt. Die Zielsetzungen der Therapie werden also stark vom Elternhaus (Menschenbild, sozialer Kontext, spezifische Bedürfnisse) mitbestimmt. Vor allem beim Kindergarten- und Schulkind kann die Ergotherapie-Zielsetzung zusätzlich durch in diesen Gruppen gerade Aktuelles, mitbestimmt werden.
Tätigkeiten, die in der Gruppe durchgeführt werden, was eine komplexere Situation und erschwerte Bedingungen für das einzelne Kind bedeutet, können in der Ergotherapie vorbereitet werden. Unter Umständen ist dies für Erzieher und Pädagogen eine wesentliche Erleichterung.

Bei der Planung und Durchführung der Behandlung von kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen in der Ergotherapie spielen Konzepte und Methoden, die von anderen Berufsgruppen entwickelt wurden (Heilpädagogik, Affolter, Ayres, Bobath, Psychomotorik u.a.), eine wichtige Rolle. Dabei ist zu beachten, dass diese nicht direkt übernommen werden können, sondern in das ergotherapeutische Konzept integriert werden müssen.

V. 2.1.2. Behandlungsformen

Ergotherapie bei kranken oder behinderten Kindern ist vorwiegend Einzeltherapie. Manchmal wird mit besonderer Zielsetzung in Kleingruppen gearbeitet. Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Zielsetzung, dem Alter und der Belastbarkeit des Kindes und liegt zwischen 30 und 120 Minuten.
Die Anzahl der wöchentlichen Behandlungen ist abhängig von der Indikation und den institutionellen Gegebenheiten. Hier bestehen wesentliche Unterschiede zwischen ambulanter und interner Behandlung. Interne Behandlungen werden in der Regel häufiger (mehrmals wöchentlich bis mehrmals täglich) durchgeführt, ambulante Behandlungen erfolgen in grösseren Abständen (1 – 2 mal pro Woche oder alle 2 Wochen).

V. 2.2 Mittel und Methoden der Behandlung

V. 2.2.1 Tätigkeiten

In der Ergotherapie im Bereich Pädiatrie gehen wir davon aus, dass jedes Kind beim Tätigsein grundlegende Lernerfahrungen sammelt, die seine weitere Entwicklung beeinflussen. Vor allem beim Kleinkind wird in der Ergotherapie als hauptsächlichste Aktivität Spiel in jeder Form eingesetzt. Schon früh lässt sich das Kind aber auch für praktische Verrichtungen des täglichen Lebens - angewandt in spielerischer Form - interessieren. Die Gefahr aber, dass der ganze Alltag des Kindes zur Therapie wird, muss vor allem auch dann beachtet werden, wenn Bezugspersonen angeleitet werden.

Bildnerisches Gestalten und Werken wird beim Vorschul-, Kindergarten- und Schulkind als Aktivität häufig eingesetzt. Für das Schulkind und die Jugendlichen kommen zusätzlich auch musische sowie geistige Aktivitäten (Theaterspiel, Gesellschaftsspiele, Rätsel, Hauszeitung) als Möglichkeit dazu. Auch berufsbezogene Aktivitäten können vor der Schulentlassung zu einem Mittel der Ergotherapie werden.

Die Auswahl der Tätigkeiten soll so erfolgen, dass das ganze Kind seinem Entwicklungsstand entsprechend angesprochen wird. Erst damit kann das Interesse des Kindes geweckt und die Motivation gefunden werden.

Käufliches Spielzeug oder Hilfsmittel müssen oft dem Kind und seiner Behinderung entsprechend adaptiert werden. Für einzelne Kinder wird spezielles Spielzeug hergestellt.

Aus genauen Tätigkeitsanalysen wird ersichtlich, welche einzelnen Handlungsphasen für ein bestimmtes Kind im Hinblick auf eine spezifische Ergotherapie- Zielsetzung besonders gewichtet werden müssen. Somit kann auch einmal ein Teilaspekt im Verlauf einer ganzen Tätigkeit für eine gewisse Zeit im

Vordergrund stehen.

Je schwerer behindert und je jünger das Kind ist, umso wichtiger wird es, die Tätigkeiten in der Ergotherapie mit Inhalten aus den übrigen Lebensbereichen des Kindes (Familie, Kindergarten, Schule etc.) zu verknüpfen. Beim geistig behinderten Kind werden wir die Tätigkeiten in den realen Situationen durchführen, um den Schwierigkeiten der Übertragung aus dem Weg zu gehen.

V 2.2.2 Behandlungsbereiche

Das Auseinanderhalten verschiedener Behandlungsbereiche ist ein künstlicher Vorgang, der zur Klärung der Situation (Standortbestimmung), Planung und Durchführung der Behandlung notwendig ist. Wir sind uns dabei bewusst,
dass beim Planen und Ausführen jeder Tätigkeit Motivation, Sinnesempfindungen, Bewegungen, soziale und kognitive Fähigkeiten auf komplexe Weise zusammenwirken.
Es werden in der Therapie nicht nur die geschädigten Bereiche berücksichtigt, sondern auch die intakten Fähigkeiten einbezogen und gefördert.

V. 2.2.2.1 Sensorischer Bereich

Die Entwicklung des gesunden Kindes ist vom Funktionieren sämtlicher Sinnesbereiche stark abhängig, wobei sensorische Erfahrungen ganz wichtige Stimulationen sind und wesentliche Grundlagen bilden. Für die Erfassung und Behandlung des behinderten Kindes ist es daher von noch grösserer Bedeutung, dass wir alle Sinnesmodalitäten beachten. Auch der normale Entwicklungsverlauf in den einzelnen Sinnesbereichen wird beim Aufbau der Behandlung berücksichtigt.
Sensorische Stimuli müssen dem Kind entsprechend richtig dosiert werden,
da sonst sein Wohlbefinden negativ beeinflusst wird. Positiv empfundene Eindrücke können verstärkt werden.
Unter Umständen kann es nötig sein, über eine gewisse Zeit innerhalb einer Therapiestunde mit einem Kind vorbereitend modalitätsspezifisch zu arbeiten, d.h. während einer Aktivität für das Kind wesentliche Momente wahrzunehmen und dabei zu verweilen. Dies ermöglicht dem Kind unter Umständen erst
das Planen und Ausführen der komplexen, mehrere Sinnesmodalitäten gleichzeitig ansprechenden Aktivität.
Beim Kleinkind ist zudem auch daran zu denken, dass es taktilkinästhetische Erfahrungen nicht vorwiegend nur mit den Händen sammelt, sondern der ganze Körper mit einbezogen wird.

V 2.2.2.2 Motorischer Bereich

Bewegung hat für die Entwicklung des Kindes eine zentrale Bedeutung.
Das sich bewegende und handelnde Kleinkind legt sich einen Schatz an Erfahrungen an, der späteres Lernen erst ermöglicht. In der Ergotherapie mit dem bewegungsbehinderten Kind ist daher die Beeinflussung motorischer Funktionen als Grundlage ein wesentliches Anliegen. Dem Bewegungsdrang des Kleinkindes wird Rechnung getragen, indem neben ruhigen auch Tätigkeiten mit viel Bewegung ausgesucht werden. Facilitation und, wenn nötig, Korrektur von Haltung und

Bewegung erfolgen tätigkeitsbegleitend d.h., es ist ein Anliegen der Ergotherapie, dass das Kind, trotz motorischer Probleme, zum Handeln kommt. Am Anfang einer Ergotherapie-Stunde wird unter Umständen eine Tätigkeit gewählt, die zuerst Voraussetzungen zu motorischer Aktivität schaffen soll.

V. 2.2.2.3 Perceptiv-kognitiver Bereich

Aufbauend auf sensorisch-motorischen Erfahrungen kommt das Kind zu perceptiv-kognitiven Fähigkeiten. Zur Beeinflussung perceptiv-kognitiver Fähigkeiten gibt die Normalentwicklung wiederum ganz wesentliche Hinweise.
Die Dosierung, d.h. eine Aufteilung in einzelne Lernschritte, kann unter Umständen eine wesentliche Hilfe sein. Am günstigsten ist es, wenn das Kind nur so weit geführt wird, dass es den entscheidenden Lernschritt selber vollziehen kann. Selber entdecken und Schlüsse ziehen aktiviert das Kind.
Bei geistig behinderten Kindern, die dazu nicht in der Lage sind, ist möglicherweise das Aufbauen von Einzelfertigkeiten sinnvoll. Das Erwerben von Kompetenz im Alltag erfolgt dann nicht durch Einsicht, sondern durch Reiz-Reaktionslernen.

V. 2.2.2.4 Sozial-emotionaler Bereich

Das emotionale Befinden eines Kindes kann seine Leistungen in den sensorisch- motorischen und perceptiv-kognitiven Bereichen wesentlich beeinflussen.
Beim jüngeren Kind besteht nicht nur eine Abhängigkeit von seiner eigenen emotionalen Befindlichkeit, sondern vor allem auch von derjenigen seiner Bezugsperson. Misstrauen und Ängste der Eltern und naher Bezugspersonen übertragen sich auch in der Therapiesituation sehr leicht auf das Kind.

Es muss unbedingt berücksichtigt werden, dass die Ergotherapeutin nicht ausschliesslich an Schwierigkeiten und Problemen mit einem Kind arbeitet, sondern dass auch die Möglichkeiten des Kindes zum Ausdruck kommen. Das Kind muss sich selbst und die Mutter ihr Kind auch positiv erleben. Auch die Gespräche sollten sich nicht nur ausschliesslich auf Probleme des Kindes beschränken, sondern auch seine Fähigkeiten sollten besprochen werden.
Das jüngere Kind kann seine emotionalen Fähigkeiten wenig beeinflussen. Die Selbsteinschätzung fehlt noch weitgehend.

Bei den behinderten Kindern gibt es auch Gruppen, deren Probleme zumindest zeitweise hauptsächlich im sozial-emotionalen Bereich liegen. Verhaltensauffälligkeiten oder Verhaltensstörungen können sich in extremen Stimmungsschwankungen, Ängsten, fehlendem Selbstvertrauen usw. äussern. Bei diesen Kindern nimmt der Aufbau einer tragfähigen Beziehung einen ganz wichtigen Platz ein. Neben dem Einsatz der Mittel spielt die Person des Therapeuten eine wesentliche Rolle. Durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, auch kleinster Art, gewinnt das Kind Selbstvertrauen und wird seine Ängste vor dem Versagen bei gewissen Aktivitäten eher bewältigen.

Bei zusätzlich geistig behinderten Kindern ist die Konfrontation mit weiteren Verhaltensstörungen auch in der Ergotherapie möglich (z. B. mit Kopf gegen Boden schlagen, umwerfen von Stühlen, zerreissen von Kleidern, beissen und kratzen). Das Verfügen über psychologisch-heilpädagogische Kenntnisse ist im Umgang mit solchen Kindern unerlässlich.

Die nächsten Bezugspersonen des Kindes, sehr häufig ist dies die Mutter, werden in die Therapie mit einbezogen. Vorallem beim vorschulpflichtigen Kind sollten die Ergotherapie-Zielsetzungen in den Alltag eingebaut werden. Beim grösseren Kind ist das Gespräch zwischen Therapeut und Kind von grosser Bedeutung.

V. 2.3. Grundsätzliche Überlegungen zu Aufbau und Ablauf einer Therapiestunde

Jeder Behandlung gehen Überlegungen zum Ziel, zur Wahl der Mittel und Methoden sowie der zeitlichen und räumlichen Bedingungen voraus. Eine Ergotherapie-Stunde ist zwar vom Therapeuten geplant, Wünsche und Bedürfnisse des Kindes werden aber soweit als möglich mit einbezogen. Das Kind braucht, entsprechend seinen Möglichkeiten und seiner Behinderung, eine mehr oder weniger stark strukturierte Therapiestunde, Wechsel zwischen Konzentration und Entspannung, Haltung und Bewegung, grobmotorischer und feinmotorischer Beanspruchung, grosser und kleiner zeitlicher Spanne usw. Innerhalb der Therapie-Einheit werden meist verschiedene Schwerpunkte gesetzt, die mehrere Verhaltensaspekte beinhalten.
Vorbereitungs-, Tätigkeits- und Abschlussphase können je nachdem verschieden gewichtet werden. Beim Kind sollte jedoch jede Stunde als solche bewusst abgeschlossen und nicht abrupt beendet werden. Ein kleines Resultat kann ein Kind sehr motivieren. Unter Umständen ist das Schaffen eines Anknüpfungspunktes für die nächste Stunde günstig.

V. 3. Evaluation

Wichtigstes Mittel der Evaluation ist die Beobachtung des behinderten Kindes durch den Therapeuten. Aber auch Beobachtungen des älteren Kindes selbst, seiner Bezugspersonen oder von anderen pädagogischen, psychologischen oder medizinischen Fachleuten, geben wichtige Hinweise über die Wirkungen der Therapie.
Die Zielvorstellungen und die konkreten Zielsetzungen aufgrund von Indikationen und Kontraindikationen müssen während des Therapieverlaufs regelmässig überprüft werden. Dies führt zu einer permanenten Neuanpassung der Nahziele, Mittel und Methoden der Therapie. In der Ergotherapie in der Pädiatrie ist zudem der Entwicklungsstand des behinderten Kindes immer wieder mit demjenigen des gesunden Kindes zu vergleichen. Die Anforderungen des jeweiligen Lebensalters können die Zielsetzungen mit beeinflussen.
Der Behandlungsverlauf wird in der Regel durch fortlaufende Aktenführung (Aufnahmestatus, Zwischen- und Abschlussberichte) festgehalten.