

Internationale Studienergebnisse

12



Altersgerechtes Spielen setzt gewisse Fertigkeiten voraus. Kinder mit motorischen Koordinationsstörungen haben hier Schwierigkeiten.

MOTORISCHE KOORDINATIONSSTÖRUNGEN

Kindliche Spielentwicklung verzögert

■ Kinder mit motorischen Koordinationsstörungen unterscheiden sich in ihrem Spielverhalten von ihren Altersgenossen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Forschungsgruppe um die Ergotherapeutin Ann Kennedy-Behr von der University of Queensland in Australien.

An der Studie nahmen 21 Kinder aus 9 verschiedenen Münchner Kindergärten teil. Sie waren zwischen 4 und 6 Jahre alt, und bei rund der Hälfte von ihnen (n = 11) lag eine motorische Koordinationsstörung vor. Die Eltern schätzten die koordinativen Leistungen ihrer Kinder zunächst mit dem Fragebogen Developmental Coordination Disorder Questionnaire-German (DCDQ-G) ein. Die motorischen Fertigkeiten erhob die Forscherin mithilfe der M-ABC-2-Testbatterie (👁️ *ergopraxis* 5/2008, S. 28, „Assessment: M-ABC-2“). Außerdem filmte Ann Kennedy-Behr die teilnehmenden Kinder während eines 30-minütigen freien Spiels. Sie analysierte daraufhin die Videoauf-

nahmen auf der Grundlage zweier Spielbeobachtungsskalen.

Neben einer verzögerten allgemeinen Spielentwicklung zeigten die Kinder mit Koordinationsstörungen geringere grob- und feinmotorische Spielfertigkeiten als ihre Altersgenossen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe verhielten sie sich insgesamt passiver und interagierten seltener mit anderen Kindern. Während des Spiels reagierten sie zudem häufiger mit negativen Affekten oder ließen sich in Streitigkeiten verwickeln. Ergotherapeuten sollten also die Spielschwierigkeiten betroffener Kinder frühzeitig ermitteln, damit sie in der Interventionsphase angemessen darauf eingehen können. Die Forscher planen bereits ein Folgeprojekt mit einer größeren Stichprobe, um das Ergebnis zu bestätigen. *fk*

BJOT 2011; 74: 348–354

LEITLINIE

Umschriebene Entwicklungsstörung

■ Eine UEMF tritt meist im Kleinkindalter auf, man sollte sie jedoch nicht vor dem fünften Lebensjahr diagnostizieren. Ist ein Kind bereits vorher motorisch auffällig, darf die Diagnose lediglich auf Grundlage von mindestens zwei Untersuchungen erfolgen.

Eine Diagnose ist begründet, wenn die motorischen Fähigkeiten des Kindes erheblich unterhalb des alterstypischen Niveaus liegen und wenn diese die Aktivitäten des täglichen Lebens oder die schulischen Leistungen erheblich beeinträchtigen. Ausgeschlossen werden unter anderem eine mentale Retardierung, angeborene oder erworbene neurologische Störungen bzw. schwerwiegende psychosoziale Auffälligkeiten. *GS*

AWMF online. Leitlinie zu Umschriebenen Entwicklungsstörungen Motorischer Funktionen (UEMF)



ZITAT

»Das Spiel ist der Weg der Kinder zur Erkenntnis der Welt, in der sie leben.«

Maxim Gorki

APOPLEX

Mentale Techniken motivieren und stärken das Selbstbewusstsein

■ Setzen ältere Menschen nach einem Apoplex mentale Techniken ein, verbessern sich ihre motorischen Fertigkeiten dadurch nicht maßgeblich. Allerdings sind die Senioren motivierter und fühlen sich selbstbewusster. Zu diesem Ergebnis gelangen die beiden Physiotherapeutinnen Susy Braun und Sandra Beurskens von der Fakultät „Gesundheit & Technik“ an der Hogeschool Zuyd in Heerlen, Niederlande.

Die beiden Forscherinnen führten eine Interventionsstudie mit 36 Senioren durch, die über 70 Jahre alt waren und in drei verschiedenen Pflegeheimen lebten. Alle 36 Teilnehmer erhielten eine sechswöchige Intervention, die auf der niederländischen Leitlinie für zerebrovaskuläre Insulte basierte. Die 18 Senioren der Experimentalgruppe erlernten zusätzlich mentale Techniken, mit deren Hilfe sie sich konkrete Bewegungsabläufe vorstellten. Diese Form der motorischen Imagination kommt ursprünglich aus der Sportpsychologie.

Sowohl die Teilnehmer der Experimentalgruppe als auch diejenigen der Kontroll-

gruppe konnten ihre motorischen Leistungen nach sechs Wochen erheblich verbessern. Das mentale Training erzielte dabei jedoch keine zusätzlichen Effekte. Allerdings beschrieben die Teilnehmer der Experimentalgruppe, dass sie sich durch die mentalen Techniken selbstsicherer und motivierter fühlten. Diese emotionalen Aspekte hielten die Forscher jedoch nicht in einer standardisierten Messung fest.

Saja
WTVe 2011; 4: 5–20

Auch wenn sich in dieser Studie mentales Training bei älteren Menschen nach einem Apoplex nicht auf die Motorik auswirkte, profitierten diese dennoch von seiner motivierenden Wirkung.



13

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

MENTALES TRAINING NACH SCHLAGANFALL

Mental und praktisch üben

Stufenmodell für die Rehabilitation nach Braun et al.

1. Klären Sie, ob Mentales Training physiologisch/anatomisch für einen Patienten in Frage kommt.
2. Erklären Sie dem Patienten, was Mentales Training ist und wie es ihm helfen könnte.
3. Vermitteln Sie dem Patienten das Mentale Training.
4. Kombinieren Sie Mentales Training mit anderen Verfahren, zum Beispiel mit praktischem Training.
5. Motivieren Sie den Patienten, selbst zu trainieren.

GS

Mayer J, Hermann HD. Mentales Training. 2. Aufl. Berlin: Springer; 2011

10–30 Minuten...

...sollte mentales Training täglich und über mehrere Wochen hinweg dauern. Die Patienten nach einem subakuten oder chronischen Schlaganfall stellen sich dabei den Gebrauch des betroffenen Armes im Alltag vor.

GS

S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR): Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall



ARBEITSREHABILITATION

Ergotherapie trägt dazu bei, Fehlzeiten zu reduzieren



Wer nach einer Krankheit wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehren möchte, könnte von ergotherapeutischer Unterstützung profitieren.

■ Ergotherapeutische Interventionen unterstützen erwachsene Klienten mit unterschiedlichen Erkrankungen dabei, nach der Rehabilitationsphase wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Zu diesem Ergebnis kommt ein interdisziplinäres Team um die Ergotherapeutin Huguette Désiron von der katholischen Universität Leuven in Belgien.

Die Forscher recherchierten in den Datenbanken Cinahl, Cochrane, Ebsco, Pubmed und PsycInfo nach relevanten Studien, die zwischen 1980 und 2010 veröffentlicht wurden. Von 1.532 Arbeiten erfüllten lediglich sechs die erforderlichen Qualitätskriterien, darunter drei RCT- und drei Kohortenstudien. Die Daten bezogen sich auf insgesamt 899 Klienten mit chronischen Rückenschmerzen, Depressionen, Schleuder- und Schädel-Hirn-Traumen. In den Studien kamen sehr unterschiedliche ergotherapeutische Interventionen zum Einsatz, die in ein multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm integriert waren: von individuellen Angeboten über aktivitätsorientierte Inhalte bis hin zu arbeitstherapeutischen Maßnahmen.

Den Ergebnissen zufolge können ergotherapeutische Interventionen die Klienten dabei unterstützen, ihre Berufstätigkeit frühzeitig wieder aufzunehmen. Das heißt: Die ergotherapeutische Behandlung trägt dazu bei, krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren. Außerdem befähigt sie die Klienten, Bewältigungsstrategien für den Arbeitsalltag zu entwickeln und angemessener mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen umzugehen. Aufgrund der vielfältigen ergotherapeutischen Interventionen und Klientengruppen lassen sich die Ergebnisse jedoch nur begrenzt verallgemeinern und erfordern weitere Forschungsprojekte. *fk*

BMC Public Health 2011; 11: 615–628

ZITAT

»Wenn man auf seinen Körper achtet, geht's auch dem Kopf besser.«

Jil Sander

FEHLZEITEN

Wenn Arbeit krank macht

■ Laut Fehlzeiten-Report 2011 der AOK fallen die meisten Arbeitnehmer aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen krankheitsbedingt aus. An zweiter Stelle stehen akute Verletzungen, dann folgen Atemwegserkrankungen und psychische Erkrankungen. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems sowie der Verdauungsorgane stehen an fünfter und sechster Stelle.

Dabei weisen diejenigen Berufsgruppen mit körperlich anspruchsvollen und unfallgefährdenden Tätigkeiten die meisten krankheitsbedingten Ausfalltage auf. Dazu gehören Straßenreiniger und Abfallbeseitiger mit 30 Fehltagen, Waldarbeiter mit 25,8 Fehltagen oder Bauhilfsarbeiter mit 24,3 Fehltagen. Hochschullehrer und Dozenten bleiben mit 4,8 Fehltagen am seltensten ihrer Arbeit fern.

GS

AOK. Fehlzeiten-Report 2011

