Die Arbeit auf dem großen Ball

Cordula & Dorothea Schall



(Technisches Beiheft zum Film)

ZiFF - GmbH
Katernberger Str. 107
D 45327 Essen
Tel.: +49(0)201 - 371 90 83
Fax: +49(0)201 - 371 90 84
Internet: www.ziff.de
Email: info@ziff.de

Inhaltsverzeichnis

Die Arbeit auf dem Großen Therapieball (110 – 120 cm) 4

Abrollphase mit Übergang zur Bauchlage 7

Gewichtverlagerung: lange/kurze Seite im rhythmischen Ablauf über den Unterarmstütz zum Sitz 7

Über Gleichgewichtreaktion mit dem Fall in den Unterarmstütz und zurück in den Sitz 8

Gleichgewichtsreaktion im Wechsel gegen den und mit dem Fall zur Vorbereitung des Überhangs mit Stütz 8

Gewichtsverlagerung: aus dem Überhang mit Stütz im Wechsel mit dem Sitz 9

Übergang zum Vierfüßlerstand, Kniestand mit Gewichtsverlagerung im halben Kniestand 9

Aus dem Vierfüßlerstand in den Bärenstand mit Gewichtsverlagerung im Bärenstand und zurück in den Stand 10

Gang am Ball: vor, zurück und seitlich 10

Joshua, 6 Jahre, Hypotonie, vestibuläre Einordnungsprobleme 11

Das Abrollen über die Füße zum Aufstieg auf den Ball, seitliche Gewichtsverlagerung 11

Seitliche Gewichtsverlagerung 11

Rhythmisches Hüpfen im Sitz 11

Beidarmiger seitlicher Stütz mit Gewichtsübernahme 12

Stütz im Überhang 12

Gewichtsverlagerung im Sitz, Gleichgewichtsreaktion gegen den Fall 13

Übergang in die Rückenlage und zurück 13

Aus der Bauchlage in den Vierfüßlerstand 13

Gewichtsverlagerung Hände-Füße 13

Übergang in den Kniestand, Ballspiel 14

Rückweg über die Bauchlage in den Stand 14

Berrin, 10 Jahre, Hypotone Diparese, Zustand nach beidseitiger Derotationsosteotomie 15

Gehen mit Therapieschuhen und leichter Hilfestellung 15

Abrollen über die Füße Aufgang auf den Therapieball 15

Aus dem Sitz über die Diagonale in die Rückenlage 15
Stütz aus dem Überhang mit diagonaler Gewichtsverlagerung 15
Rückweg in den Sitz 16
Aus dem Sitz über die Bauchlage in den Vierfüßlerstand 16
Gewichtsverlagerung im Vierfüßlerstand, Übergang zum aufgebrochenen Vierfüßlerstand 16
Diagonale Gewichtsverlagerung 16
Übergang in den diagonalen Fersensitz 16
Ballspiel im Kniestand mit Gleichgewichtsreaktion gegen den Fall 17
Über den Fersensitz in den Sitz 17
Über die Diagonale in die Rückenlage und zurück, Impuls von den Füßen 17

Die Arbeit auf dem Großen Therapieball

(Auszug aus dem Buch „Entwicklungsförderung in Bewegung“ von D. und C. Schall, ZiFF - Verlag 2003)

Für den Erfolg der Arbeit auf dem Großen Therapieball (110 - 120 cm) ist eine exakte Arbeit im Rhythmisch-Tonischen Dialog, sowie vollkommene Ballbeherrschung entscheidend. Folgende Grundregeln sind dabei zu beachten:

- Der Ball muss prall gefüllt sein, um Patient und Therapeut genügend Stabilität und eine Basis für optimale Aufrichtung zu geben. Für diese Arbeit muss die Größe des Balles so gewählt sein, dass es dem stehenden Therapeuten noch bequem möglich ist, Druck in Richtung Unterstützungsfläche in den Ball auszuüben.
- Die Therapeutin muss selbst über eine gute mobile Stabilität im Stand verfügen. Aus Sicherheitsgründen sollte unter dem Ball eine dicke Gymnastikmatte von ausreichender Größe (ca. 2m x 1,8m) liegen.
- Die Therapeutin sollte die Bewegungsübergänge auf dem Ball selbst gespürt haben und mit dem Patienten beherrschen, sie muss selbst mit dem Ball sicher sein.

Arbeitstechnik:

Der Weg auf den Ball beginnt nach dem Säuglingsalter nach Möglichkeit immer in der sitzenden zur stehenden Position, mit Fuß- bzw. Tuberkontakt auf dem Boden, Schoß oder Rollstuhl, damit das Kind diesen Ablauf einordnen kann. Gleiches gilt für den Rückweg. Nach Möglichkeit wird ihm dabei die physiologische Abrollphase über die Füße intensiv vermittelt. Dabei kann das Kind sein Körpergewicht weitgehend an den Ball abgeben und seinen Tonus so weit adaptieren, dass der Aufgang auf den Ball erleichtert wird (feed forward). Um dem Kind diese vorbereitende sensomotorische Anpassung zu ermöglichen und ihm Sicherheit zu geben, wird es niemals ohne eigene Aktivität zur Aufrichtung und niemals rückwärts auf den Ball gehoben. Zur Ballgewöhnung können Hin- und Rückweg mehrmals wiederholt werden, um dem Kind mehr Sicherheit zu vermitteln. Erst nach Abschluss der Gewöhnungsphase kann die intensive Arbeit an Stell- und Gleichge-

wichtsreaktionen sowie Bewegungsübergängen auf dem Ball beginnen.

Der Ball darf sich bei der Arbeit aus Positionen (Gleichgewichtsreaktion mit und gegen den Fall) nur minimal bewegen. Gewichtsverlagerung und Aufrichtung auf der belasteten Seite werden allein durch Druck auf den Ball erreicht. Dieser wird zum einen durch das Gewicht des Patienten selbst, zum anderen durch den dreidimensionalen Druck der Hände des Therapeuten in den Ball und seines Knies gegen den Ball in seiner Position stabilisiert. Ein etwas größeres Ausmaß hat die langsame Bewegung des Balles nach ventral und dorsal, bis der individuelle Punkt der optimalen Aufrichtung des Kindes in der Sitzposition gefunden ist.

Bei Bewegungsübergängen muss der Große Therapieball durch den impulsgebenden Druck der Hand des Therapeuten auf der belasteten Seite um so viel in die Gegenrichtung zur Bewegung gebracht werden, wie notwendig ist, damit die neue Unterstützungsfläche für das Kind sich immer auf der Ballhöhe befindet.

Dies erfordert einen langsamen und konzentrierten Bewegungsablauf des Kindes und gute Mobilität des Therapeuten in Bezug auf die Stellung seines Körpers und die Wahl bzw. den Wechsel des Handkontaktes am Kind.

Beabsichtigte Wirkungen und Ziele:

- Der axiale Druck das Eigengewichts des Patienten und der Hände der Therapeutin in den Ball erhöhen reaktiv den Rumpftonus und wirken dadurch stabilisierend als optimale Basis für feine Bewegungen um die Körpermittellinie, für Gleichgewichtsreaktionen und Bewegungsübergänge.
- Der Ball erlaubt die graduelle Vertikalisierung des Patienten, sodass seine Position zur, beziehungsweise in der Schwerkraft seinen individuellen sensomotorischen Fähigkeiten angepasst werden kann.
- Sowohl die Entwicklung der Augenkoordination als auch der optischen Orientierung im Raum sind erst in der vollen Vertikale vollendet, zudem reichen auch geringe Kraft und Koordination zur Balance um die Körpermittellinie herum aus.

- Die Freude am Medium Ball und an der hohen Position erhöht die Motivation und damit den physiologischen Haltetonus. Beides fördert die Konzentration des Kindes.

Gleichzeitig reguliert die rhythmische Gewichtsverlagerung durch dreidimensionalen Druck in den Ball die kompensatorische Tonuserhöhung in den Extremitäten.

- Die Arbeit in Augenhöhe des Kindes fördert den Kontakt des Therapeuten mit dem Kind und erlaubt ihm über den Blickkontakt eine bessere Kopfkontrolle zu erarbeiten. Dies bewirkt wiederum eine bessere Rumpfkontrolle in Gleichgewichtsreaktionen.
- Der Große Ball erlaubt den Stütz über Kopf, dies erleichtert die Elevation der Arme und harmonische Streckung durch den gesamten Körper und in dieser Position die Öffnung der Hände zum symmetrischen oder diagonalen Stütz mit der Schwerkraft. Reaktiv ist auch die Aufrichtung gegen die Schwerkraft leichter möglich.
- Die Welt auf dem Kopf zu betrachten ist ein Urbedürfnis, dem das gesunde Kind im Bärenstand oder später im Spiel, zum Beispiel im Handstand an der Wand oder an Sportgeräten hängend folgen kann. Bei sensomotorischen Störungen entfällt dies meist. Nach der Pubertät muss sich der Patient erst in kleinen Schritten an diese Position gewöhnen, bei aktivem Stütz der Hände fällt dies leichter. Besonders für Rollstuhlfahrer bedeutet dieses „Aushängen“ zusätzlich eine große Entlastung für die Wirbelsäule.
- Alle Bewegungsübergänge von der Bauchlage in den Stand und zurück sowie alle Zwischenpositionen sind fein abgestimmt möglich.
- Die Arbeit auf dem Großen Therapieball bedeutet für den Therapeuten eine weit weniger kniebelastende und anstrengende Ausgangsstellung als die Arbeit auf der Matte. Dies wiederum erlaubt ihm weicheres Greifen mit mehr Körpereinsatz, klarere Impulse für die Bewegung und mehr Sensibilität in seinen Händen für die Impulse des Kindes und für die Feinabstimmung seiner eigenen Impulse für die Gewichtsverlagerung.

Die Arbeit im Rhythmisch-Tonischen Dialog auf dem Großen Therapieball hat bei korrekter Durchführung große Vorteile und bietet Er-

leichterungen für Patient und Therapeut, wodurch die Qualität der Arbeit verbessert wird. Sie erfordert jedoch viel Sensibilität, Geduld und Übung.

Abrollphase mit Übergang zur Bauchlage

(00:00:16)

Von den Abduktoren aus wird der Impuls axial in Richtung Außenrand der Füße gegeben und dann in Richtung Ferse bzw. Großzehengrundgelenk im Sinne der physiologischen Abrollphase. Im Rhythmisch-Tonischen Dialog stimmen Patient und Therapeut sich aufeinander ein. Es kommt zur Tonusregulation im Sinne der koordinierten Aktivierung von ventraler und dorsaler Muskelkette als Voraussetzung für den Aufgang und die Arbeit auf dem Ball. Ist die ventrale Kette ausreichend aktiv, kann der langsame Weg nach vorne auf den Ball mit Impuls von den Tubera beginnen.

Gewichtverlagerung: lange/kurze Seite im rhythmischen Ablauf über den Unterarmstütz zum Sitz

(00:01:13)

Liegt der Patient mit seinem Schwerpunkt auf der Ballmitte, löst der Therapeut seine Hände und legt sie seitlich auf den Ball. Von hier aus beginnt er, den Ball allmählich wechselnd seitlich zu verlagern und wartet, bis es zur Längung der belasteten Seite im Sinne einer Stell- bzw. Gleichgewichtsreaktion kommt. Wird eine stärkere Reaktion des Oberkörpers gewünscht, verlagert der Therapeut in der Mittellinie den Ball mehr in Richtung caudal, entsprechend umgekehrt.

Nach dieser Vorbereitung kehrt der Ball zur Mitte zurück. Der Therapeut wechselt mit seinen Händen auf das Becken des Patienten und gibt einen dreidimensionalen Impuls in die Unterstützungsfläche, um den Übergang in den Unterarmstütz einzuleiten. Anschließend wird durch diagonale Impulsgabe der wechselnd einarmige Unterarmstütz eingeleitet, so dass der Patient seinen Tonus für den Weg in den Sitz über die Rotation regulieren kann. Der Therapeut wechselt nun mit einer Hand auf die entlastete Beckenseite und gibt den einleitenden dreidimensionalen Impuls in Richtung Ballmitte. Liegen die Spinae übereinander, befindet sich der Patient im Gleichgewicht auf der Ballmitte. Nun wechselt der Therapeut die Hände, die nun freigewordene

Hand ergänzt den Impuls vom entlasteten Knie aus, bis der Patient die Sitzposition erreicht hat. Von den Knien des Patienten aus wird der Ball nun nach ventral bzw. dorsal verlagert, bis der Patient sich optimal aufrichten kann.

Über Gleichgewichtreaktion mit dem Fall in den Unterarmstütz und zurück in den Sitz

(00:04:31)

Auf der zu belastenden Seite wechselt der Therapeut mit der Hand zu Hüfte und tiefer ventraler Kette und gibt einen dreidimensionalen Impuls, um die Reaktion mit dem Fall (beidseitiger Stütz der Hände mit Rotation des Oberkörpers zur Bewegungsrichtung) einzuleiten. Auf der freien Seite wechselt er zur Hüfte, übernimmt den Impuls und seine nun freiwerdende Hand wechselt zum belasteten Oberschenkel und gibt dort einen Rotationsimpuls mit Zug nach caudal, bis der Unterarmstütz erreicht ist. Von hier aus geht der Weg über die andere Seite erneut in den Sitz.

Gleichgewichtsreaktion im Wechsel gegen den und mit dem Fall zur Vorbereitung des Überhangs mit Stütz

(00:05:55)

Durch axialen Impuls in die Unterstützungsfläche im Rhythmisch-Tonischen-Dialog kann der Patient seinen Tonus im Sinne einer optimalen Aufrichtung in der Vertikalen und Koordination ventraler und dorsaler Muskelkette regulieren. Nun kann durch wechselseitige dreidimensionale Impulse von den Hüften aus die Gewichtsverlagerung und damit die Gleichgewichtsreaktion gegen den Fall eingeleitet werden. Durch Impuls am belasteten Becken nach dorsal wird erneut die Gleichgewichtsreaktion mit dem Fall eingeleitet. Durch den Wechsel der Hände des Therapeuten an die Knie wird mehr Belastung auf die Hände gegeben und mehr Eigenaktivität und -kontrolle vom Patienten gefordert. Durch Verstärkung der Abduktion der freien Seite kann dies noch intensiviert werden. Nach Rückkehr zur Mitte und Rotation um die Mittellinie wechselt der Therapeut nun erneut zur belasteten Hüfte und gibt einen Impuls nach dorsal für den Übergang in den Überhang. Der Ball wird nun in die Bewegungsrichtung verlagert, bis beide Hände des Patienten den Boden erreicht haben und Gewicht überneh-

men. Dabei wandern die Hände des Therapeuten langsam über die Knie bis zu den Füßen.

Gewichtsverlagerung: aus dem Überhang mit Stütz im Wechsel mit dem Sitz

(00:09:51)

Von den Füßen aus verlagert der Therapeut das Gewicht von einer Seite zur anderen auf die Hände und nutzt den diagonalen Tonusaufbau, um einen Zugimpuls für die Aufrichtung über die entsprechende Seite zu geben, bis der Sitz erreicht ist. Von den Knien aus wird erneut die Gleichgewichtsreaktion gegen den Fall eingeleitet, um die koordinierte Aktivität zu intensivieren. Nun kann der Überhang von den Füßen aus eingeleitet werden, ohne dass für den Weg hinunter und herauf noch Stütz notwendig ist. Somit ist eine optimale Rumpfaktivität erreicht.

Übergang zum Vierfüßlerstand, Kniestand mit Gewichtsverlagerung im halben Kniestand

(00:11:35)

Mit dem Fall wird nun der Übergang in den Vierfüßlerstand eingeleitet, bei Kontakt des freien Knies zum Ball wird hier der Impuls übernommen und intensiviert, bis der Patient so viel Gewicht übernimmt, dass das andere Knie frei wird und ebenfalls aufgesetzt werden kann. Der Schwerpunkt des Patienten befindet sich nun wieder über der Ballmitte. Durch Gewichtsverlagerung nach caudal und einen Impuls in Richtung Hüften wird dem Patienten die Aufrichtung in den Kniestand ermöglicht. Von Knien und Fersen aus können nun dreidimensionale Impulse zur Gewichtsverlagerung im Sinne der Gleichgewichtsreaktion gegen den Fall gegeben werden. Hat der Patient durch die rhythmische Vorbereitung im Wechsel der Seiten ausreichend Tonus, Koordination und Kontrolle erreicht, kann vom freien Fuß aus der Weg in den Einbeinkniestand eingeleitet werden. Das belastete Bein wird stabilisiert, der aufgestellte Fuß erhält einen Impuls im Sinne der Abrollphase.

Dies wird auf beiden Seiten durchgeführt.

Aus dem Vierfüßlerstand in den Bärenstand mit Gewichtsverlagerung im Bärenstand und zurück in den Stand

(00:13:59)

Nach Rückkehr der Hände auf den Ball und Übergang in den Vierfüßlerstand wird durch diagonale Gewichtsverlagerung der Weg über den aufgebrochenen Vierfüßlerstand in den Bärenstand von Knie und Fuß aus eingeleitet. Im Bärenstand wird von den Füßen aus ein dreidimensionaler Impuls im Wechsel beider Seiten gegeben, um mit guter Tonuslage wieder zurück in den aufgebrochenen Vierfüßlerstand zu kommen. Durch einen Impuls am Knie geht es in den Vierfüßlerstand und mit Gewichtsverlagerung und Zug an der freien Seite in Richtung caudal und Außenrotation zurück zur Gewichtsübernahme auf die gestreckte freie Hüfte und dann zurück in die Bauchlage. Nun wandern beide Hände des Therapeuten auf die Tubera und der Patient wird aufgefordert, Rückmeldung zu geben, wann die Zehen und die Fersen den Boden erreichen. Dies fördert die Konzentration und bewusste propriozeptive Wahrnehmung des Patienten für seine Basis ohne visuelle Kontrolle. Das folgende Innehalten ermöglicht ein Bewusstwerden der Veränderung durch die erfolgte Arbeit.

Gang am Ball: vor, zurück und seitlich

(00:15:36)

Die Hände des Therapeuten leiten von den Hüften aus die Richtung der Bewegung ein, der Patient holt sich mobilen Halt durch die Hände am Ball. Für den Schritt vorwärts wird das Gewicht zunächst in Richtung der belasteten Ferse verlagert, bis das andere Bein frei wird und abhebt, dann erfolgt ein Impuls zur Hüftstreckung der belasteten Seite, diese definiert die Schrittlänge. Beim Seitwärtsgehen erfolgt der Impuls auf die Außenkante des belasteten Beins mit Rotation der Hüfte nach vorne, wodurch das freie Bein abgehoben und abduziert wird, der seitliche Schritt wird durch einen Schub von der belasteten Seite aus eingeleitet.

Übertrag auf die Arbeit mit wahrnehmungs- und bewegungsgestörten Kindern
- Ausschnitte -

Joshua, 6 Jahre, Hypotonie, vestibuläre Einordnungsprobleme

Joshua arbeitet zum ersten Mal auf dem Ball mit einer ihm bis dahin unbekannten Therapeutin. Die Originallänge der Behandlung umfasste ca. eine Stunde.

Das Abrollen über die Füße zum Aufstieg auf den Ball, seitliche Gewichtsverlagerung

(00:18:19)

Da Joshua Wahrnehmungsprobleme hat, gibt ihm der Kontakt an den Händen mehr Orientierung und Sicherheit. Er braucht etwas Zeit, um sich mit dem Ball und der Vorstellung vor dem Übergang auf die Ballhöhe vertraut zu machen, ist aber sehr aufgeschlossen.

Seitliche Gewichtsverlagerung

(00:19:30)

Für Joshua ist es leichter, direkt in den Handstütz zu kommen, da ihm sein hypotoner Rumpf eine dissoziierte Stellung der Armgelenke nicht erlaubt. Im Unterarmstütz kann er noch nicht genug Tonus und koordinierte Aktivität aufbringen.

Da Joshua noch Fixationen zur Haltungskontrolle braucht, fällt es ihm schwer, die Stellreaktionen bis zu Kopf und Füßen „durchlaufen“ zu lassen.

Rhythmisches Hüpfen im Sitz

(00:19:56)

Das rhythmische Hüpfen hilft Joshua, Haltetonus im Rumpf aufzubauen, doch auch hier fällt ihm die Kontrolle der Kopfhaltung in der Mittelachse schwer, leichter wird es, wenn er die Hände auf den Kopf nimmt und sich ganz aufrichtet, dies schafft er nur über kurze Zeit. An der Haltung des Kopfes in leichter Überstreckung des Nackens und

kompensatorischer Retraktion der Ellbogen mit Protraktion der Schultern sind seine Schwierigkeiten mit der Aktivierung der ventralen Muskelkette und somit der Haltungskontrolle in der Vertikalen ebenfalls erkennbar.

Beidarmiger seitlicher Stütz mit Gewichtsübernahme

(00:20:26)

Beim Übergang zum seitlichen Stütz mit Rotation verstärkt sich die Fixation des oberen Rumpfes und Kopfes zunächst, während der untere Rumpf der Bewegung problemlos folgt. Auf Aufforderung und mit Hilfestellung für die ventrale Kette direkt am Rumpf gelingt es Joshua jedoch, diese etwas aufzulösen. Die Platzierung der Hände muss ihm gezeigt werden, der Blickkontakt bei Berührung seiner Hände erlaubt ihm eine besseren Einstellung des Kopfes und damit Aktivierung der ventralen Muskelkette. Nun kann auch durch die Bewegung des Balles mehr Gewicht auf die Hände verlagert werden. Diese Bewegung „in den Abgrund“ verlangt jedoch noch viel Mut. Joshua ist erleichtert, zur Mitte zurückzukehren und braucht für das Hüpfen nur noch Unterstützung von den Knien aus. Hierbei ist nun die Aufrichtung etwas besser, wenn auch noch nicht ganz stabil. Zur rechten Seite fällt ihm die Gewichtsverlagerung leichter.

Stütz im Überhang

(00:22:32)

Für den Stütz im Überhang braucht Joshua zur Orientierung noch die Beine seines Vaters, so muss er noch nicht ganz auf den Boden hinunter und gewinnt Sicherheit durch das Widerlager.

Hochkommen über die Diagonale

(00:23:53)

Zum Hochkommen über die Diagonale mit Stütz auf dem belasteten Arm braucht Joshua noch einen leichten Orientierungsimpuls am Arm der freien Seite.

Gewichtsverlagerung im Sitz, Gleichgewichtsreaktion gegen den Fall

(00:23:05)

Joshua muss noch mit breiter Basis stützen und braucht intensive Impulse von den Knien aus sowie visuelle und verbale Motivierung, um ansatzweise eine Rotation gegen den Fall einleiten zu können.

Übergang in die Rückenlage und zurück

(00:23:25)

Für den Übergang in die Rückenlage braucht Joshua noch intensive Stimulation und Unterstützung am Rumpf, so gelingt es ihm, ausreichend exzentrische Muskelaktivität aufzubringen, um den Kopf kontrolliert ablegen zu können. Beim Hochkommen braucht er erneut die Führung von der freien Hand aus, trotzdem weicht er zum Bewegungsende hin der Stellreaktion wieder kompensatorisch aus. Nun hat er jedoch eine deutlich bessere Aufrichtung im Sitz und kann sich entspannter unterhalterhalten.

Aus der Bauchlage in den Vierfüßlerstand

(00:23:53)

Für den Übergang in den Vierfüßlerstand benötigt Joshua sehr viel Gewichtsverlagerung nach caudal. Zunächst „klebt" er sich dabei mit Oberkörper und Armen an den Ball, um dann über Retraktion der Ellbogen und unter Vermeidung der seitlichen Gewichtsverlagerung möglichst symmetrisch in den Vierfüßlerstand zu kommen. Dafür müssen seine Hände wiederholt platziert werden. Erst hier fühlt er sich einigermaßen wohl, ist aber stolz, dass er es geschafft hat. Während des gesamten Ablaufs braucht er sehr viel Sicherheit durch die Füße am Körper der Therapeutin und intensive Impulse in die Unterstützungsfläche von Unterschenkel und Knien aus.

Gewichtsverlagerung Hände-Füße

(00:24:30)

Bei der reinen Gewichtsverlagerung cranial-caudal im Verlauf der Körpermittelachse schafft es Joshua sogar, nur mit einem Impuls von den Füßen aus, während der Bewegung zwischen seine Hände zu

schauen und diese gut einzustellen. Die Ellbogen sind allerdings noch in Überstreckung fixiert.

Übergang in den Kniestand, Ballspiel

(00:24:46)

Das Hochkommen in den Kniestand ist eine große Herausforderung für Joshua, außer der Stabilisierung und dem Impuls an den Füßen braucht er auch eine Orientierung an Rumpf und Armen. Zunächst gelingt es ihm nicht, sich vollkommen axial auszurichten. Die Freude am Ballspiel motiviert ihn, diese schwierige Position einzunehmen und im Verlauf des Spiels vergisst er die Schwierigkeit und nutzt die Impulse der Therapeutin zunehmend, um sich besser aufzurichten. Nach einem kurzen Verlust der Haltungskontrolle und Übergang zum Vierfüßlerstand kann er nun weitgehend allein wieder spontan in den Kniestand kommen. Den linken Arm nutzt Joshua deutlich weniger für das Spiel, er dient ihm zur Stabilisation seiner Haltung. Aufrichtung, Stellreaktionen und die Dauer des Blickkontaktes zum Ball sind gegen Ende deutlich besser geworden.

Rückweg über die Bauchlage in den Stand

(00:25:38)

Der Rückweg vom Kniestand in den Vierfüßlerstand braucht nur noch einen minimalen Impuls und sieht in der Ausführung sehr harmonisch aus. Dies lässt darauf schließen, dass es Joshua gelungen ist, seinen Tonus weitgehend zu regulieren, um mehr Haltungskontrolle selbst bei exzentrischen Aktivitäten zu haben. Er wirkt auch wesentlich sicherer und entspannter. Beim Rückweg in die Bauchlage muss die Therapeutin Joshua noch helfen, die Fixation des belasteten Arms aufzugeben und ihn so zu platzieren, dass die Seite sich längen kann. In der Horizontalen verliert Joshua noch einmal deutlich an Tonus und „klebt“ sich wieder an den Ball. Das Aufkommen der Füße nimmt er wach und konzentriert wahr, er holt sich Bestätigung von der Therapeutin und ist stolz und erleichtert, dass er die schwierige Aufgabe so gut gelöst hat.

Berrin, 10 Jahre, Hypotone Diparese, Zustand nach beidseitiger Derotationsosteotomie

Gehen mit Therapieschuhen und leichter Hilfestellung

(00:26:32)

Berrin braucht für das freie Laufen noch leichte Unterstützung zur Stabilisation der belasteten Hüfte, ihre Arme führen noch Ausgleichsbewegungen durch und ihr spontaner Bewegungsablauf zeigt keine Rotation

Abrollen über die Füße Aufgang auf den Therapieball

(00:27:01)

Berrin verfügt weder über die volle Dorsalextension noch eine vollständige Plantarflexion der Füße, daher ist das intensive physiologische Abrollen vor dem Aufgang auf den Ball für sie besonders wichtig. Die Tendenz zur kompensatorischen Überstreckung der Knie muss von der Hüfte her kontrolliert werden, um eine bessere Aktivierung der ventralen Muskelkette zu erreichen.

Aus dem Sitz über die Diagonale in die Rückenlage

(00:28:21)

Beim Übergang in die Rückenlage hat Berrin schon eine gute exzentrische Kontrolle über die diagonale ventrale Muskelkette, das linke Bein kompensiert noch etwas über die Innenrotation und muss von der Therapeutin kontrolliert werden.

Stütz aus dem Überhang mit diagonaler Gewichtsverlagerung

(00:28:38)

Berrin ist mit dem Ball bereits gut vertraut, sie kann schon nur von den Füßen gehalten bis auf den Boden mobil stützen, sowohl symmetrisch als auch diagonal. Dabei kommt es zur Differenzierung und Streckung

der Hüften, auch wenn sie noch leicht in die Lordose ausweicht. Da sie jedoch ventral aktiv ist, kann dies akzeptiert werden.

Rückweg in den Sitz

(00:29:23)

Für den Rückweg muss die Therapeutin nur zu den Knien wechseln, es gelingt Berrin sogar, ohne Stütz diagonal hochzukommen. Nur der Kopf weicht etwas aus, aber beide Beine arbeiten intensiv in Abduktion und Außenrotation.

Aus dem Sitz über die Bauchlage in den Vierfüßlerstand

(00:29:40)

Da Berrin die Kontrolle des Rumpfes bei dissoziierter Hüftstellung noch sehr schwer fällt, kommt sie noch nicht direkt aus dem Sitz in den Vierfüßlerstand sondern geht zunächst in die Bauchlage, um von dort aus neu zu „starten".

Gewichtsverlagerung im Vierfüßlerstand, Übergang zum aufgebrochenen Vierfüßlerstand

(00:30:17)

Berrin hat auch bei sehr distaler Hilfestellung keinerlei Angst bei der Verlagerung auf dem Ball, sie stellt ihren Kopf gut zur Bewegung ein. Die aktive Verlagerung im aufgebrochenen Vierfüßlerstand ist nach kranial problemlos, nach caudal braucht sie Unterstützung vom Becken, kommt aber nur mühsam über 90 Grad Hüftbeugung auf der Standbeinseite. Auch für den Übergang in und aus dem Vierfüßlerstand gelingt es noch nicht, das Becken nach caudal zu verlagern.

Diagonale Gewichtsverlagerung

(00:31:25)

Bei diagonaler Verlagerung fällt Berrin auch die Kopfeinstellung schwer.

Übergang in den diagonalen Fersensitz

(00:33:19)

Bei symmetrischer Stellung der Beine kann Berrin das Gewicht problemlos nach caudal bis in den diagonalen Fersensitz verlagern, nur die Kontrolle über die Rumpfhaltung fällt ihr schwer. Beim Rückweg fehlt ihr die Aktivität der Glutealmuskulatur, so dass sie sich mit den Händen vorziehen muss.

Ballspiel im Kniestand mit Gleichgewichtsreaktion gegen den Fall

(00:34:23)

Mit Kontrolle von den Fersen her kann Berrin sich im Kniestand mit guter Rumpf- und Hüftkontrolle aufrichten und den Ball fangen und mit diagonaler Gewichtsverlagerung zu beiden Seiten werfen.

Über den Fersensitz in den Sitz

(00:35:08)

Mit geringfügiger Unterstützung von den Fersen kommt Berrin problemlos in den symmetrischen Fersensitz zurück, für den Übergang in den Seitsitz und Sitz braucht sie zusätzlich Hilfe von der zu belastenden Hüfte im Sinne der Unterstützung der exzentrischen Aktivität der Glutealmuskulatur.

Über die Diagonale in die Rückenlage und zurück, Impuls von den Füßen

(00:36:03)

Beim Hüpfen hat Berrin eine gute axiale Kopf- und Rumpfkontrolle, der Übergang in die Rückenlage gelingt ihr ohne Stütz nur mit Halt von den Füßen aus, ebenso der Weg zurück über die Diagonale.