

Ludewig, Annette und Mähler, Claudia

Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst?

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 5, S. 326-339

urn:nbn:de:bsz-psydok-41486

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years)	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing)	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children)	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy)	27

Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age)	399
FEIGERT, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping)	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children)	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood)	101
HESEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey)	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data)	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?)	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years)	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison)	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation)	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUF, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists)	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project)	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach)	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort))	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology)	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children)	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?)	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy)	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist)	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3–4 Months old Infants)	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation)	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents)	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View)	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study)	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment)	86

Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders)	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation)	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment)	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations)	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists)	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective)	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection)	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STREECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STREECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder)	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings	295
DIPPELHOFFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMANN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP	381
EGLE, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypen und Kommunikation	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention . .	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis . . .	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt?	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	641
NYSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebserkrankter Kinder	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie	528
ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospielen: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit	373
WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule	717

Editorial / Editorial	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797

Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflußt?

Annette Ludewig und Claudia Mähler

Summary

Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?

The present study is discussing the question of possible negative effects of early physiotherapy on the mother-child-relationship. Mothers and children in Vojta-physiotherapy are compared with mother-child-pairs in Bobath-therapy on the basis of the hypothesis that Vojta-treatment is more apt to stress the mother-child-relationship. Indicators here were the physical and emotional stress in mothers as well as their attitudes towards their children, expressed in a questionnaire. Results indicate the special stress of the Vojta-technique at the beginning of the therapy while with ongoing treatment no differences between Vojta- and Bobath-therapy were found. Generally it is claimed that psychological information and support should be provided for the concerned families.

Zusammenfassung

Die Studie beschäftigt sich mit der Frage nach möglichen Auswirkungen krankengymnastischer Frühbehandlung auf die Mutter-Kind-Beziehung. Mutter-Kind-Paare in Vojta-Behandlung wurden mit solchen in Bobath-Therapie verglichen mit der Erwartung, daß die Vojta-Methode zu stärkerer Belastung der Mutter-Kind-Beziehung beiträgt. Als Indikatoren wurden per Fragebogen die körperliche und seelische Belastung der Mütter sowie ihre Einstellungen zum Kind erhoben. Die Ergebnisse legen nahe, daß insbesondere zu Beginn der Behandlung die Krankengymnastik nach Vojta eine erhebliche Belastung für die Mütter darstellt, mit zunehmender Therapiedauer finden sich jedoch keine Unterschiede mehr zwischen Vojta- und Bobath-Methode. Insgesamt regen die Ergebnisse dazu an, psychologische Aufklärung und Unterstützung von Müttern mit Kindern in krankengymnastischer Behandlung bereitzustellen oder zu intensivieren.

1 Einleitung

Die Frage nach möglichen psychischen Auswirkungen von Frühfördermaßnahmen, wie z.B. Logopädie oder Krankengymnastik, wird von allen Beteiligten immer wieder kon-

trovers und gelegentlich sehr emotional diskutiert. Insbesondere eine der beiden in Deutschland gebräuchlichsten krankengymnastischen Methoden, die Behandlung nach Vojta, hat wegen ihres aversiven Charakters häufig zu Spekulationen über negative Auswirkungen auf die betroffenen Kinder und ihre Eltern geführt. Störungen der emotionalen Sicherheit des Kindes und der Eltern-Kind-Beziehung werden befürchtet. Gerade weil Kinder in krankengymnastischer Frühbehandlung noch sehr jung sind, liegt es nahe anzunehmen, daß sie und ihre Eltern durch das invasive Vorgehen der Vojta-Therapie in ihrer Bindungsentwicklung beeinträchtigt werden. Empirische Untersuchungen hierzu stehen jedoch den betroffenen Fachleuten und Familien kaum zur Verfügung oder führen zu widersprüchlichen Einschätzungen. So belegen einige Studien negative Auswirkungen krankengymnastischer Vojta-Behandlung auf verschiedene Aspekte der psychischen Situation von Müttern und Kindern (THIESEN-HUTTER 1982; SARIMSKI u. HOFFMANN 1992, 1993a, b), während andere Untersuchungen keine Folgeprobleme feststellen konnten (THIESEN-HUTTER 1982; HELD et al. 1983; KUO 1992; KUO u. PAPOUŠEK, 1992; ESSER et al. 1994).

Nun soll es hier aber nicht um die Frage gehen, ob krankengymnastische Frühbehandlung grundsätzlich eine psychische Belastung für die betroffenen Familien darstellt und ob daher von einer Behandlung möglicherweise abzuraten sei. Da gerade für deutlich beeinträchtigte Kinder mit Diagnosen wie z.B. Hemiplegie, Di- oder Tetraparese und Spina bifida die krankengymnastische Behandlung unverzichtbar ist, stehen hier die möglichen *psychischen* Auswirkungen zweier *verschiedener* Behandlungsformen, der Bobath-Therapie und der Vojta-Therapie, zur Diskussion. Führt eine der beiden Behandlungsformen zu größeren psychischen Belastungen der betroffenen Familien als die andere? Es wird über eine empirische Studie an Müttern berichtet, deren Kinder sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in krankengymnastischer Behandlung befanden. Wir interessierten uns für das subjektive Belastungsempfinden der Mütter und ihre Einstellungen zum Kind in Abhängigkeit von der jeweils praktizierten Behandlungsmethode. So können Freude am Kind, Gefühle der Überforderung oder Ratlosigkeit und übertriebene Fürsorglichkeit hier eine Rolle spielen und sich auf die Mutter-Kind-Interaktion als Basis für die Bindungsentwicklung auswirken.

Die krankengymnastischen Methoden nach Vojta und nach Bobath: In Deutschland dominieren zwei Behandlungsformen das krankengymnastische Vorgehen bei Kindern, die Vojta-Therapie und die Bobath-Therapie. Bei beiden Methoden besuchen Mutter und Kind über einen längeren Zeitraum hinweg in regelmäßigen Abständen eine Krankengymnastin (männliche Krankengymnasten sind recht selten) zu Behandlungen von etwa 30 bis 45 Minuten Dauer. Darüber hinaus erfordern beide Methoden das aktive "Üben" zu Hause; die Mütter müssen also Handgriffe und Übungsabläufe lernen, um die Therapie fortzusetzen. Worin unterscheiden sich aber die beiden genannten Therapieformen?

Bei der Vojta-Therapie (benannt nach ihrem Begründer, einem aus Prag stammenden Kinderarzt) werden kleinere Kinder und Säuglinge in bestimmten Positionen auf einem Behandlungstisch fixiert oder festgehalten, während die Krankengymnastin bestimmte Reflexzonen mit dem Finger oder der Handkante drückt. Diese manuelle Stimulation soll zu einer Aktivierung im Zentralnervensystem (ZNS) führen und dadurch die beiden Bewegungsmuster des reflektorischen Umdrehens und des Reflex-Kriechens "bahnen" (VOJTA 1988). Dazu ist es nach Vojta erforderlich, einen Teil der Bewegungen des Kindes zu blockieren: die Griffe der Krankengymnastin lassen dem Kind fast

keine Bewegungsmöglichkeiten. Es antwortet auf die Stimulation in bestimmten motorischen Mustern und mit vegetativen Reaktionen wie etwa Schwitzen und Blasenentleerung. Säuglinge und Kleinkinder schreien und weinen meist während der gesamten Behandlungszeit und versuchen, sich aus den fixierten Positionen zu entwinden. Um eine optimale Aktivierung des ZNS und ein Erlernen der durch das Drücken der Zonen ausgelösten Bewegungsmuster zu ermöglichen, werden die Mütter angeleitet, die Übungen nach einem genau festgelegten Ablaufplan zu Hause drei- bis viermal täglich zu wiederholen. Mutter und Kind sind hier also "gezwungen", eine vermutlich für beide Seiten unangenehme Situation mehrmals täglich aufzusuchen und durchzuhalten.

Zu der so charakterisierten Vojta-Methode weist die Bobath-Methode deutliche Unterschiede auf. Eine Behandlung mit der von dem Arzt K. Bobath und der Krankengymnastin B. Bobath entwickelten Methode soll das Kind dazu bringen, auf äußere und innere Stimulation mit möglichst entwicklungsadäquaten koordinierten Bewegungsmustern zu reagieren. Die Krankengymnastin löst die Bewegungen des Kindes aus, indem sie es an bestimmten Schlüsselpunkten (meist Gelenken) anfaßt und eine Verlagerung des Körpergewichtes initiiert. Dazu sind die Kooperation des Kindes und seine Motivation zur Bewegung unbedingte Voraussetzung. Trotz des spielerischen Charakters und der größeren Flexibilität im Umgang mit dem Kind in der Behandlungssituation kann auch die Bobath-Therapie Unmut und Widerstand des Kindes auslösen, da die zu übenden Bewegungsabläufe ungewohnt und schwierig sind. Auch bei dieser Therapieform werden die Mütter angeleitet, mittels einer spezifischen Handhabung (z.B. bestimmten Trage- oder Sitzpositionen) ihre Kinder zu Hause bei den zu übenden Bewegungsabläufen zu unterstützen; es gibt jedoch keine Empfehlungen bezüglich Anzahl oder Dauer der Übungen zu Hause. Ziel ist es vielmehr, daß die Mütter das ganzheitliche Konzept in ihren Alltag übernehmen können und ihr Kind durch intensive Förderung auf dem Weg zur selbständigen Bewegung unterstützen.

Es gibt keine differentielle Indikation für die krankengymnastische Behandlung nach Vojta oder nach Bobath: mit beiden Methoden werden leichte bis schwere motorische Entwicklungsstörungen behandelt. Wir möchten hier auch nicht die Frage stellen, welche der beiden Methoden bei welchen Diagnosen die effektivere ist, sondern ausloten, ob eine der beiden Methoden möglicherweise zu mehr „unerwünschten Nebenwirkungen“ führt als die andere.

Mögliche Auswirkungen der Behandlungssituation auf die Mutter-Kind-Beziehung: Die Teilnahme an einer krankengymnastischen Behandlung stellt an Mütter und Kinder hohe Anforderungen und verändert das Zusammenleben. Betroffen sind Eltern, die sich mit der Diagnose einer motorischen Fehlentwicklung oder dauerhaften Behinderung ihres Kindes auseinandersetzen müssen. Auch die Kinder sind durch die wiederholten Übungen immer wieder gefordert, sich mit den Grenzen ihrer Bewegungsfähigkeit, mit ungewohnten und unangenehmen Bewegungen auseinanderzusetzen, zu denen sie meist von der Mutter angehalten oder gezwungen werden. Es liegt daher nahe anzunehmen, daß krankengymnastische Behandlung nicht ohne Wirkung auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind bleibt.

Von Kritikern der Vojta-Methode wird angenommen, daß das spezifische oben beschriebene Vorgehen die Mutter-Kind-Beziehung erheblich belastet. Die Kinder werden von der Krankengymnastin oder zu Hause von der Mutter in eine Situation gebracht, die ihnen extrem unangenehm ist: die Kinder schreien, wehren sich, suchen Schutz und Trost bei der Mutter. Die Mutter darf jedoch nicht intuitiv, spontan und feinfühlig reagieren; sie muß die Signale des Kindes ignorieren, um den Ablauf der Übungen einzuhalten. Statt Trost zu spenden, kämpft sie gegen den Widerstand des

Kindes und auch gegen ihre eigene Intuition an. Mütter berichten, daß sie in dieser Situation Trauer, Gewissensbisse und auch Wut empfinden (MOINI et al. 1982/1983). Mutter und Kind erleben hier keinen reziproken Dialog; die intuitive Kommunikation, die für die ungestörte Entwicklung einer sicheren Bindung so wichtig ist (SARIMSKI 1986; KELLER et al. 1980; GROSSMANN u. GROSSMANN 1991; ESSER et al. 1993, 1994; MARTIN 1981), wird unterbrochen, so daß es dem Kind möglicherweise schwerfällt, Zuversicht und Urvertrauen in die Mutter als Sicherheitsbasis zu entwickeln.

Krankengymnastinnen machen in dieser Situation nicht selten die Erfahrung, daß Eltern mit Verzweiflung reagieren, die Vojta-Methode ablehnen und als Folge die Behandlung abbrechen. Gelegentlich wird allerdings auch vermutet und beobachtet, daß die Vojta-Behandlung zu einer positiven Intensivierung der Mutter-Kind-Beziehung beiträgt, indem Mutter und Kind gleichsam als "Notgemeinschaft" die Streßsituation gemeinsam meistern (HELLBRÜGGE u. AVALLE 1981).

Ganz anders als bei der Vojta-Therapie werden bei der Bobath-Methode kaum "unerwünschte Nebenwirkungen" erwartet. Im Gegenteil: Die Durchführung der Übungen setzt eine spielerische Kooperation von Mutter und Kind voraus, die Mutter soll besonders feinfühlig und flexibel auf die motorischen Aktivitäten und Bedürfnisse des Kindes achten, um gezielte Hilfestellung geben zu können. Die besondere Handhabung ("handling") des Kindes im Alltag geht mit vielen intensiven Kontaktsituationen einher, die nicht nur keine Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung zur Folge haben sollen, sondern vielmehr zu ihrer Festigung beitragen können.

Zusammenfassend ist also festzuhalten, daß der jeweilige spezifische Charakter der beiden krankengymnastischen Behandlungsformen negative Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung unterschiedlich wahrscheinlich macht. Das Risiko für eine Störung der Mutter-Kind-Interaktion wird bei der Vojta-Therapie höher eingestuft, empirisch wurde dies jedoch nicht eindeutig belegt, da geeignete Studien hierzu ausstehen. Will man das Ausmaß möglicher "unerwünschter Nebenwirkungen" auf die Mutter-Kind-Beziehung abschätzen (und sich bei gegebener gleichermaßen sinnvoller Indikation für die weniger problematische Methode entscheiden), sind Informationen über die beiden Methoden aus einem direkten Vergleich von Mutter-Kind-Paaren in Vojta-Therapie und solchen in Bobath-Therapie unerlässlich.

2 Fragestellung

Der Fokus der eigenen empirischen Untersuchung richtete sich auf zwei Aspekte möglicher psychologischer Auswirkungen von krankengymnastischer Behandlung auf die Mutter-Kind-Beziehung. Wir wollten Indikatoren für mögliche Schwierigkeiten in der Interaktion gewinnen und haben uns daher zum einen für die körperliche und seelische Belastung der Mütter und zum anderen für ihre Einstellungen zum Kind interessiert. Es stellte sich also die Frage, ob eine der beiden krankengymnastischen Behandlungsformen zu stärkerer Belastung der Mütter führt, und wir erwarteten, daß die Vojta-Therapie eine größere Belastung für die Mütter darstellt als die Bobath-Therapie. Die gleiche Erwartung ergibt sich auch für die mütterlichen Einstellungen zum

Kind: Die besondere Streßsituation der Vojta-Behandlung geht bei den betroffenen Müttern mit negativerer Einstellung zum Kind einher, als dies bei Müttern mit Kindern in Bobath-Behandlung der Fall ist.

Allerdings soll auch die Frage gestellt werden, ob die Dauer der Behandlung, d.h. die Länge des Zeitraums seit Therapiebeginn, dabei eine Rolle spielt. Bleibt eine eventuell unterschiedliche subjektive Belastungsempfindung und Einstellung zum Kind während des Behandlungsverlaufs konstant? Es könnte sein, daß mit zunehmender Behandlungsdauer die Belastung durch Vojta-Therapie überproportional ansteigt und damit negative Konsequenzen gegenüber der Bobath-Methode noch deutlicher ausfallen. Umgekehrt wäre aber auch denkbar, daß gewissermaßen ein Gewöhnungseffekt eintritt, daß Mutter und Kind die Behandlung besser aushalten oder bewältigen, so daß mit der Zeit sich die Belastung durch die beiden Behandlungsformen wieder angleicht. Eine besonders große Belastung der Mütter mit Kindern in Vojta-Behandlung gerade *zu Beginn* der Maßnahme könnte die in der Praxis vorzufindende Abbrecherquote von 10-20% erklären. In Abhängigkeit von der Behandlungsdauer können sich auch die Einstellungen zum Kind verändern. Aber auch hier muß zunächst offenbleiben, ob möglicherweise vorhandene Einstellungsprobleme mit fortschreitender Therapiedauer zu- oder eher abnehmen und inwiefern sich die beiden Behandlungsformen diesbezüglich unterscheiden. Führt die andauernde Streßsituation der Vojta-Übungen möglicherweise zu einer wachsenden Ablehnung des Kindes, das durch seine Behinderung die Mutter in die auch für sie unangenehme Situation „zwingt“? Oder ermöglichen das Zusammensein in der „Notgemeinschaft“ und vielleicht erlebbare Therapiefortschritte mit der Zeit wieder eine Akzeptanz des Kindes mit seinen Schwierigkeiten?

Und welche Einstellungen zum Kind bringt die Bobath-Therapie auf längere Sicht hervor? Führt sie tatsächlich, wie von den Vertretern behauptet wird, zu einer vertieften positiven Beziehung zwischen Mutter und Kind oder überwiegt auch hier mit fortschreitender Behandlungsdauer das Gefühl der Belastung und eine damit verbundene ablehnende Einstellung zum Kind?

Nicht zuletzt hofften wir darauf, aus Antworten auf die oben genannten Fragen Hinweise für einen psychologischen Betreuungsbedarf zu gewinnen. Eine Aufklärung über die Unterschiede zwischen Krankengymnastik nach Vojta und nach Bobath sollte mit einer Unterstützung bei den *für die jeweilige Methode spezifischen* psychologischen Folgeproblemen verbunden werden können.

3 Methode der Untersuchung

Zahlreiche Krankengymnastinnen aus 24 deutschen Städten, die in freier Praxis oder in Frühförderstellen tätig sind, wurden mit der Bitte angeschrieben, einen Fragebogen an Eltern zu verteilen, deren Kinder sie krankengymnastisch entweder nach Bobath oder Vojta behandelten. Es fand keine Vorauswahl nach dem Alter der Kinder oder der Schwere der Behinderung statt.

Untersuchungsinstrumente: Als Maß für die *Belastung der Mütter durch die Krankengymnastik* wurde ihre subjektiv empfundene seelische und körperliche Belastung

auf einer vierstufigen Skala erfragt (0= trifft gar nicht zu; 1= trifft eher nicht zu; 2= trifft eher zu; 3= trifft sehr zu).

Zur Erfassung der *mütterlichen Einstellungen zum Kind* wurde der Fragebogen zur Erfassung von mütterlichen Einstellungen zum Kleinkind (EMKK) von ENGFER (1984) eingesetzt. Dieses Instrument enthält Aussagen zum Umgang mit dem Kind, deren Zutreffen von den Müttern auf einer vierstufigen Skala bewertet werden sollte. In dieser Arbeit werden die fünf für unsere Fragestellung wichtigsten Einstellungen zum Kind näher betrachtet: (1) die Freude am Kind und an dessen Entwicklungsfortschritten (z. B.: „Es macht mir viel Freude, mein Kind zu beobachten und herauszufinden, womit es sich gerade beschäftigt.“); (2) die Überforderung der Mutter im Umgang mit dem Kind, die sich in Ungeduld oder Ärger dem Kind gegenüber äußern kann (z. B.: „Es kann vorkommen, daß ich schon bei Kleinigkeiten die Fassung verliere.“); (3) die Depressivität der Mutter; gemeint sind Gefühle von physischer und psychischer Erschöpfung oder von Ratlosigkeit sowie der emotionale Rückzug der Mutter (z. B.: „Manchmal würde ich am liebsten nur noch schlafen und alle Probleme vergessen.“); (4) eine niedrige Frustrationstoleranz, die soweit gehen kann, daß die Mutter ihre Entscheidung, ein Kind zu bekommen, anzweifelt (z. B.: „Ich finde es manchmal ziemlich lästig, daß ich wegen meines Kindes alles so genau im Voraus planen muß.“); (5) die Überfürsorge der Mutter (z. B.: „Ich bin ständig in Sorge, daß meinem Kind etwas zustoßen könnte“).

Zusätzlich wurden Behinderungsgrad und Alter der Kinder, Dauer der bisherigen Behandlung, Anzahl der Behandlungen zu Hause durch die Mutter, Alter und Bildungsstand der Mütter erhoben.

Stichprobe: Insgesamt 79 Fragebögen konnten für die Gegenüberstellung der Vojta- und Bobaththerapie verwendet werden. Davon wurden 50 Kinder nach Vojta und 29 Kinder nach Bobath behandelt. Die Mütter beider Untersuchungsgruppen waren gleich alt (durchschnittlich 30 Jahre) und wiesen einen vergleichbaren Bildungsstand auf (überwiegend Mütter mit abgeschlossener Ausbildung, ohne Hochschulstudium). Das durchschnittliche Alter der Kinder und der Schweregrad der Diagnosen der Kinder lag in der Vojtagruppe höher als in der Bobathgruppe. Beides wurde in der Auswertung als eventueller Einflußfaktor berücksichtigt.

Mutter-Kind-Paare der Vojtagruppe nahmen im Mittel bereits seit längerer Zeit an der Therapie teil als die Paare der Bobathgruppe. Auch die Behandlungshäufigkeit und -dauer zu Hause unterschieden sich in Abhängigkeit von der verwendeten Methode. Mütter, die ihr Kind nach Vojta behandeln, führen die Gymnastik häufiger und länger zu Hause durch. Auch diese Gruppendifferenzen wurden in der Auswertung als eventuelle Einflußfaktoren besonders berücksichtigt. Die durchschnittliche Behandlungsanzahl pro Woche bei der Krankengymnastin ist bei der Vojtamethode nur geringfügig höher als bei der Bobathmethode (vgl. Tab. 1).

4 Ergebnisse und Diskussion

Führt die Vojta-Therapie zu einer größeren subjektiv empfundenen körperlichen und seelischen Belastung der Mütter als die Bobath-Therapie? Acht von 49 Müttern der

Tab. 1: Kennzeichen der Stichprobe¹

	Vojta	Bobath
<i>Merkmale der Mutter</i>		
Anzahl der Probanden	50	29
durchschnittliches Alter der Mutter	30.71 (3.67)	30.34 (4.25)
durchschnittlicher Bildungsstand der Mutter (1=hoch; 2=mittel; 3=niedrig)	2.20 (0.54)	2.03 (0.57)
<i>Merkmale des Kindes</i>		
durchschnittliches Alter des Kindes	1 Jahr 9 Monate (1.81)	1 Jahr 4 Monate (2.13)
durchschnittliches Alter des Kindes zu Therapiebeginn	4 Monate (0.36)	6 Monate (0.34)
Diagnoseschwere		
-körperliche Behinderung		
schwer	19*	1*
mittel	9*	3*
leicht	22*	24*
keine Angabe	0*	1*
Mittelwerte	1.94	1.18
(1=leichte; 2=mittel schwere; 3=schwere Behinderung)	(0.91)	(0.48)
<i>Merkmale der Behandlungsart</i>		
durchschnittliche Zeitdauer der Therapie	1 Jahr 5 Monate (1.66)	11 Monate (2.04)
Behandlungshäufigkeit zu Hause (Anzahl pro Woche)	10.98 (7.18)	6.25 (4.50)
Behandlungsdauer zu Hause pro Behandlung	17.27 Minuten (10.03)	14.44 Minuten (9.52)
durchschnittliche Anzahl der Behandlungen bei der Krankengymnastin pro Woche	1.69 (0.65)	1.45 (0.57)

Anmerkung:

¹ Werte in Klammern sind Standardabweichungen. Alle anderen Werte sind Mittelwerte, mit * versehene Werte sind Häufigkeitsangaben.

Vojtagruppe fühlen sich durch die Therapie erheblich seelisch belastet (höchste Skalenstufe), in der Bobathgruppe dagegen fühlt sich keine der Mütter erheblich durch die Behandlung belastet. Der Vergleich der Mittelwerte beider Müttergruppen mittels t-Test ergibt erwartungsgemäß eine bedeutsam höhere *seelische* Belastung derjenigen Mütter, deren Kinder nach Vojta behandelt werden; dies gilt jedoch nicht für die *körperliche* Belastung (vgl. Tab. 2).

Mittels Kovarianzanalyse wurde nachfolgend geprüft, ob dieser Befund auf Unterschiede in der Stichprobe zurückzuführen ist. So wurde das Alter der Kinder, die

Tab. 2: Unterschiede in der seelischen und körperlichen Belastungsempfindung der Mütter zwischen der Vojta- und der Bobathgruppe (Rating von 1 bis 4)¹

	Behandlungsart		t-Wert
	Vojta	Bobath	
seelische Belastung	N=49	N=28	3.24*
	2.31	1.54	
	(1.10)	(0.79)	
körperliche Belastung	N=48	N=29	1.53
	1.79	1.48	
	(0.87)	(0.83)	

Anmerkung:

¹ Die angegebenen Werte sind Mittelwerte. Je höher, desto höher die wahrgenommene Belastung. In Klammern gesetzte Werte sind Standardabweichungen.

* Signifikanzentscheidung bei $\alpha=0.05$.

Diagnoseschwere, die Häufigkeit der Behandlung zu Hause durch die Mutter, die Behandlungsdauer zu Hause, das Alter und der Bildungsstand der Mutter als mögliche Einflußfaktoren für das genannte Ergebnis untersucht. Dabei stellte sich heraus, daß für den Unterschied zwischen der Vojtagruppe und der Bobathgruppe die *Behandlungshäufigkeit zu Hause* ein wesentlicher Einflußfaktor ist. Bei einer Behandlung nach Vojta wird eine drei- bis viermalige Behandlung pro Tag von den Eltern strikt gefordert. Die größere Anzahl der Behandlungen zu Hause und die eigenverantwortliche Durchführung, verbunden mit dem Gefühl, selbst der Auslöser für das Unbehagen und Schreien des Kindes zu sein, mag die höhere seelische Belastung erklären.

Finden sich negativere Einstellungen zum Kind bei Müttern, die ihr Kind nach Vojta behandeln im Vergleich zu denen, die ihr Kind nach Bobath behandeln? Entgegen unserer Annahme konnte ein solcher Unterschied nicht nachgewiesen werden. Die Mütter der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich ihrer Freude, die sie etwa an den Fortschritten ihres Kindes haben, sie fühlen sich nicht in unterschiedlichem Maße überfordert oder depressiv im Umgang mit ihrem Kind. Auch bezüglich einer veränderten Frustrationstoleranz oder Überfürsorge konnte kein Unterschied nachgewiesen werden (vgl. Tab. 3).

Wie verhält es sich aber mit dem Belastungsempfinden und der Einstellung zum Kind bei denjenigen Müttern, die erst kurze Zeit mit ihrem Kind in Behandlung sind, im Vergleich zu denjenigen Müttern, die schon über einen längeren Zeitraum nach einer der beiden Methoden ihr Kind behandeln? Um dieser Frage genauer nachzugehen, wurden zwei Untergruppen gebildet: Es wurden Mütter, die weniger als 10 Wochen in Behandlung waren, mit Müttern verglichen, die länger als 10 Wochen mit ihrem Kind in Behandlung waren. (Eigentlich wäre es wünschenswert gewesen, die tatsächlich gerade beginnenden den bereits therapieerfahrenen Müttern gegenüberzustellen, auch

Tab. 3: Unterschiede in den Einstellungen der Mütter zwischen der Behandlung nach Vojta und Bobath (Ratings von 1 bis 4)¹

Einstellungen zum Kind	Behandlungsart		t-Wert
	Vojta N=50	Bobath N=29	
Freude am Kind	1.52 (0.32)	1.49 (0.30)	0.39
Überforderung	1.64 (0.39)	1.66 (0.55)	-0.20
Depressivität	1.71 (0.50)	1.63 (0.45)	0.74
niedrige Frustrationstoleranz	1.74 (0.46)	1.72 (0.49)	0.20
Überfürsorge	1.73 (0.42)	1.73 (0.47)	0.03

Anmerkung:

¹ Die angegebenen Werte sind Mittelwerte. In Klammern gesetzte Werte sind Standardabweichungen.

um potentielle Abbrecherinnen noch zu berücksichtigen; dies war aber wegen der dadurch resultierenden zu kleinen Gruppengröße leider nicht möglich.)

Tab. 4: Unterschiede in der seelischen und körperlichen Belastungsempfindung bei Müttern, deren Kind kürzer als 10 Wochen nach Vojta oder Bobath behandelt wird (Ratings von 1 bis 4)¹

	Behandlungsart		t-Wert
	Vojta N=8	Bobath N=10	
seelische Belastung < 10 Wochen	2.63 (1.06)	1.20 (0.63)	3.55*
körperliche Belastung < 10 Wochen	2.00 (0.76)	1.09 (0.30)	3.64*

Anmerkung:

¹ Die angegebenen Werte sind Mittelwerte. In Klammern gesetzte Werte sind Standardabweichungen.

* Signifikanzentscheidung bei $\alpha=0.05$.

Bei dem Vergleich dieser beiden Gruppen sind sowohl die seelische als auch die körperliche Belastungsempfindung bei den Müttern, deren Kinder erst kurze Zeit nach

Vojta behandelt werden, signifikant höher als in der Müttergruppe, deren Kinder erst kurze Zeit nach Bobath behandelt werden. Die Anforderungen, die die Vojtabehandlung an die Mütter stellt, scheinen sich in der Anfangsphase der Behandlung besonders stark niederzuschlagen (vgl. Tab. 4).

Tab. 5: Unterschiede in der seelischen und körperlichen Belastungsempfindung bei Müttern, deren Kind länger als 10 Wochen nach Vojta oder Bobath behandelt wird (Ratings von 1 bis 4)¹

	Behandlungsart		t-Wert
	Vojta	Bobath	
seelische Belastung	N=41	N=18	
> 10 Wochen	2.24 (1.11)	1.72 (0.83)	1.78
körperliche Belastung	N=40	N=18	
> 10 Wochen	1.75 (0.90)	1.72 (0.96)	0.11

Anmerkung:

¹ Die angegebenen Werte sind Mittelwerte. In Klammern gesetzte Werte sind Standardabweichungen.

Wenn Mutter-Kind-Paare bereits länger als 10 Wochen in krankengymnastischer Behandlung sind, findet sich weder bezüglich der seelischen noch bezüglich der körperlichen Belastung ein Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Dieses Ergebnis spricht möglicherweise dafür, daß die Mütter die Anforderungen der Vojta-Therapie mit der Zeit ein wenig besser bewältigen. Mütter befinden sich vermutlich zu einem frühen Zeitpunkt noch in einer Entscheidungs- oder Verunsicherungsphase. Gerade die Tatsache, daß in der Vojtastichprobe auch die Kinder mit stärkeren Behinderungen zu finden waren, legt die Vermutung nahe, daß die Indikation besonders schwerwiegend und der Druck, das Kind zu fördern, besonders groß sein müssen, damit die Mütter den Anforderungen der Vojta-Therapie standhalten. Die für Mutter und Kind teilweise sehr aversive Behandlung muß in dieser Zeit eine kognitive Umbewertung durch die Mütter erfahren, damit sie die Behandlung nach Vojta vor sich selbst rechtfertigen und durchhalten können, andernfalls wird die Mutter vielleicht gerade in der Anfangszeit der Therapie die Behandlung abbrechen.

Findet die krankengymnastische Behandlung bereits über einen längeren Zeitraum statt, ist eine Angleichung der seelischen sowie der körperlichen Belastungsempfindung zwischen der Vojta- und der Bobathgruppe zu beobachten. Dies könnte zum einen durch die beschriebene bessere Bewältigung der Mütter der Vojtagruppe begründet sein, zum anderen durch eine mit wachsender Therapiedauer zunehmende Belastungsempfindung der Mütter der Bobathgruppe (vgl. Mittelwerte Tab. 4 u. 5). Beim Erlernen der Bobathmethode werden den Müttern im Laufe der Zeit eine wach-

sende Anzahl an Einfluß- und Übungsmöglichkeiten aufgezeigt; die zunehmende Komplexität könnte dann die seelische und körperliche Belastung erhöhen.

Abschließend werden die mütterlichen Einstellungen zum Kind in Abhängigkeit von der Therapiedauer betrachtet, wobei auch hier wieder die beiden bereits beschriebenen Subgruppen gebildet wurden.

Tab. 6: Unterschiede in den Einstellungen zwischen Müttern, deren Kinder erst kürzer als 10 Wochen entweder nach Vojta oder Bobath behandelt werden (Ratings von 1 bis 4)¹

	Behandlungsart		t-Wert
	Vojta	Bobath	
	N=42	N=18	
Freude am Kind	1.51 (0.19)	1.41 (0.27)	0.87
Überforderung	1.66 (0.36)	1.48 (0.56)	0.79
Depressivität	1.75 (0.22)	1.42 (0.40)	2.13*
niedrige Frustrationstoleranz	1.90 (0.48)	1.63 (0.52)	1.12
Überfürsorge	1.85 (0.26)	1.60 (0.32)	1.78

Anmerkung:

¹ Die angegebenen Werte sind Mittelwerte. In Klammern gesetzte Werte sind Standardabweichungen.

* Signifikanzentscheidung bei $\alpha=0.05$.

Wenn der Behandlungsbeginn erst wenige Wochen zurückliegt, fühlen sich die Mütter der Vojtagruppe signifikant depressiver im Umgang mit ihrem Kind als die Mütter der Bobathgruppe. Die Skala Depressivität erfaßt Gefühle der Mutter, die mit physischer und psychischer Erschöpfung, Selbstzweifeln und pädagogischer Ratlosigkeit in der Beziehung zum Kind einhergehen. Auch Passivität und emotionaler Rückzug der Mütter soll mittels dieser Skala erfaßt werden (ENGFER 1984). Wenngleich die anderen Einstellungen zum Kind im Vergleich der Behandlungsarten (Vojta vs. Bobath) nicht unterschiedlich ausfallen, erscheint dieser Befund doch einen Hinweis darauf zu liefern, daß es unter der Behandlung nach Vojta nicht nur zu einer kurzfristigen Belastung der Mütter kommt, sondern sich auch die Mutter-Kind-Interaktion verändert.

Bei den Müttern, die eine krankengymnastische Behandlung länger als 10 Wochen durchführen, findet sich bezüglich ihrer Einstellungen zum Kind kein Unterschied zwischen den beiden Behandlungsgruppen. Die Mittelwerte weisen darauf hin, daß mit wachsender Therapiedauer auch bei den Müttern der Bobathgruppe die depressive Tendenz zunimmt, wodurch der Unterschied zwischen den Gruppen verschwindet. Wie

bereits bei der subjektiven körperlichen und seelischen Belastung erörtert, scheinen bei der Bobath-Therapie mit der Zeit die Anforderungen an die Mütter zu wachsen, was sich schließlich hier auch in einer zunehmend depressiveren Einstellung zum Kind niederschlägt (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Unterschiede in den Einstellungen zwischen Müttern, deren Kinder erst länger als 10 Wochen entweder nach Vojta oder Bobath behandelt werden (Ratings von 1 bis 4)¹

	Behandlungsart		t-Wert
	Vojta	Bobath	
	N=42	N= 18	
Freude am Kind	1.52 (0.34)	1.54 (0.32)	-0.21
Überforderung	1.64 (0.4)	1.77 (0.52)	-1.09
Depressivität	1.70 (0.54)	1.75 (0.44)	-0.35
niedrige Frustrationstoleranz	1.71 (0.46)	1.77 (0.48)	-0.46
Überfürsorge	1.85 (0.45)	1.81 (0.53)	-0.74

Anmerkung:

¹ Die angegebenen Werte sind Mittelwerte. In Klammern gesetzte Werte sind Standardabweichungen.

5 Konsequenzen für die Praxis

Die Ergebnisse unserer Studie belegen, daß die Vojtatherapie in der derzeit angewendeten Durchführung eine stärkere seelische Belastung für Mütter darstellt als die Bobath-Therapie. Dieser Unterschied wird in der Anfangsphase der Behandlung besonders deutlich, bei zunehmender Therapiedauer gleicht sich das Belastungsempfinden allerdings an. Auch in den Einstellungen der Mütter zu ihren Kindern schlägt sich der genannte Effekt nieder: Mütter, die erst kurze Zeit nach Vojta behandeln, fühlen sich depressiver im Umgang mit ihrem Kind. Bei allen übrigen hier erfaßten Einstellungen zum Kind wurden keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt.

Die Ergebnisse sollten dazu anregen, zu einer realistischen Einschätzung der möglichen Folgen beider Therapieformen zu kommen. Anhänger der Vojta-Methode dürften erfreut darüber sein, daß auf längere Sicht die mütterlichen Einstellungen zum Kind und damit auch vermutlich die Mutter-Kind-Interaktion und -beziehung nicht negativer ausfallen als bei Mutter-Kind-Paaren in der „sanfteren“ Bobath-Therapie. Andererseits sind die in der Vojta-Gruppe festgestellte größere seelische Belastung und

die stärkere Depressivität im Umgang mit dem Kind durchaus ernstzunehmen und in ihren Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung nicht zu unterschätzen.

Es ist daher für die Praxis zu fordern, daß Mütter sich in begleitenden Gesprächen (möglichst mit psychologisch geschulten Fachleuten) von der Notwendigkeit der Behandlung überzeugen und die Angst vor eventuellen negativen Behandlungseffekten abbauen können. Wie bereits diskutiert, ist insbesondere zu Beginn der Therapie eine solche Unterstützung erforderlich, um rasch zu einer Akzeptanz der Methode und den damit verbundenen Belastungen beizutragen. Bezogen auf die Ergebnisse unserer Studie gilt diese Forderung insbesondere für die Vojta-Behandlung. Aber da bei fortschreitender Therapiedauer *beide* Behandlungsformen gleichermaßen mit seelischer Belastung und depressiven Einstellungen zum Kind einhergehen, ist auch für Mütter, die eine Bobath-Therapie mit ihren Kindern beginnen, Aufklärung und psychologische Unterstützung angeraten.

Außerdem erscheint es dringend erforderlich zu untersuchen, welche Merkmale der Vojta-Therapie besonders streßbehaftet sind. So könnte etwa die große Behandlungsanzahl pro Tag ein wesentlicher Faktor sein, der sich durch eine Familienhilfe oder Hausbesuche der Krankengymnastin entschärfen ließe. Eine weitere Möglichkeit, Mütter zu entlasten, könnte ein regelmäßig stattfindendes Müttertreffen zum Erfahrungsaustausch sein. Erlebnisse mit dem Kind, vielleicht das Gefühl, das Kind zu quälen, und auch Gefühle der Überforderung könnten hier Thema sein und mit der möglicherweise gelegentlich anwesenden Krankengymnastin besprochen werden.

Offensichtlich ist, daß eine krankengymnastische Frühbehandlung nicht nur aus einer medizinischen Perspektive betrachtet werden darf. Ohne psychologische Hilfestellung für die beteiligten Personen könnte insbesondere die Vojta-Behandlung eine erschwerte Mutter-Kind-Interaktion in der Anfangsphase der Therapie oder auch ein Abbrechen der Behandlung zur Folge haben, was beides angesichts der oftmals gravierenden kindlichen Behinderungen besonders fatal wäre.

Literatur

- ENGFER, A. (1984): Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökonomischen Kontext. Unveröffentlichter Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe. Universität München.
- ESSER, G./BASTING, U./GERHOLD, M.J. (1994): On the influence of Vojta Therapy on the mother-child interaction. Unveröffentlichtes Manuskript am Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim.
- ESSER, G./DINTER, R./JÖRG, M./VILLALBA, P./LAUCHT, M./SCHMIDT, M.H. (1993): Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 3, 246-264.
- GROSSMANN, K.E./GROSSMANN, K. (1991): Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In: PARKES, C./STEVENSON-HINDE, J.S. (Eds.): Attachment across the life cycle. London: Routledge, S. 93-114.
- GROSSMANN, K./FREMMER-BOMBIK, E./RUDOLPH, J. /GROSSMANN, K.E. (1988): Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In: HINDE, R.A./STEVENSON-HINDE, J.S. (Eds.): Relationships within families. Mutual Influences. Oxford: Clarendon, S. 241-260.

- HELD, D./HEISCH, M. /KOCH, U. (1983): Soziale und psychologische Aspekte krankengymnastischer Frühtherapie von CP-Risikokindern. Eine empirische Untersuchung bei Müttern, die nach Bobath und/oder Vojta behandeln. *Der Kinderarzt* 14, 1241-1245, 1413-1417, 1569-1573.
- HELLBRÜGGE, T./AVALLE, C. (1981): Ergebnisse aus der Frühtherapie motorisch gestörter Kinder. In: HELLBRÜGGE, T. (Hg.): *Klinische Sozialpädiatrie. Ein Lehrbuch der Entwicklungs-Rehabilitation im Kindesalter*. Berlin: Springer, S. 214-223.
- KELLER, H./GAUDA, G./MIRANDA, D. (1980): Beobachtung, Beschreibung und Interpretation von Eltern-Kind-Interaktionen im ersten Lebensjahr. C-Skalen zur Beurteilung "Angemessenes Elternverhalten". Bericht Nr. 80-9. Institut für Psychologie. Technische Hochschule Darmstadt.
- KUO, H.T./PAPOUŠEK, M. (1992): Frühe Kommunikation zwischen Mutter und Kind unter den Anforderungen der Vojta-Therapie. *Kindheit und Entwicklung* 1, 97-106.
- KUO, H.T. (1992): Steuerung der visuellen Aufmerksamkeit in vorsprachlichen Mutter-Kind-Interaktionen mit neurologisch auffälligen und unauffälligen Säuglingen. Unveröffentlichte Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.
- MARTIN, J. (1981): A longitudinal study of the consequences of early mother-infant interaction: A microanalytic approach. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 46, Nr. 3. Chicago: University of Chicago Press.
- MICHAELIS, R. (1982/1983): Belastung der Eltern-Kind-Beziehung durch therapeutische Maßnahmen. *Pädiatrische Praxis* 27, 629-640.
- MOINI, A.R./SCHLACK, H.-G./EBERT, D. (1982/83): Verhaltensstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern durch inadäquate krankengymnastische Behandlung. *Pädiatrische Praxis* 27, 635-640.
- SARIMSKI, K. (1986): Interaktion mit behinderten Kleinkindern, Entwicklung und Störung früher Interaktionsprozesse. München: Reinhardt.
- SARIMSKI, K./HOFFMANN, I.W. (1992): Belastungsverarbeitung bei der Durchführung von Krankengymnastik durch die Eltern cerebralaparetischer Kinder. *Kindheit und Entwicklung* 1, 107-115.
- SARIMSKI, K./HOFFMANN, I.W. (1993a): Psychologische Beratung bei der Durchführung der Krankengymnastik nach Vojta. *Zeitschrift für Krankengymnastik* 5, 540-547.
- SARIMSKI, K./HOFFMANN, I.W. (1993b): Überfürsorglichkeit als Bewältigungsreaktion bei der Durchführung intensiver Krankengymnastik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21, 109-114.
- THIESEN-HUTTER, M. (1982): *Psychologie und Neuropsychologie Vojtas*. Stuttgart: Enke.
- VOJTA, V. (1988): *Die Zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Frühdiagnose und Frühtherapie*. Stuttgart: Enke.

Anschrift der Verfasserinnen: Dipl.-Psych. Annette Ludewig, Dr. Claudia Mähler, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Waldweg 26, 37073 Göttingen.