

Hinweis: Dieser Artikel erschien in französischer Sprache in der „Revue suisse de pédagogie spécialisée“, Nr. 2, Dezember 2011

Sylvie Avet L'Oiseau-Tissot, Bernard Senn und Karinne Balligand Lecompte

„Studie zur Wirksamkeit der Psychomotoriktherapie“: wichtigste Ergebnisse

Zusammenfassung

Der folgende Beitrag präsentiert die Ergebnisse einer Untersuchung zur Wirksamkeit von Psychomotoriktherapie bei Kindern im Alter von 4 bis 8 Jahren (zu Beginn der Behandlung) mit einer Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD 10, F82). Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Psychomotoriktherapie positiv auf die motorischen und psychoaffektiven Fähigkeiten der Kinder ausgewirkt hat.

Einleitung

Die Studie zur Wirksamkeit der Psychomotoriktherapie wurde auf Ersuchen des *Schweizerischen Verbands der Psychomotoriktherapeuten (astp)* vom Studiengang Psychomotorik der Hochschule für Soziale Arbeit in Genf durchgeführt. Sie soll helfen, den Weg für die Anerkennung der Psychomotoriktherapie durch die Sozialversicherungen, insbesondere bei spezifischen Störungen in der motorischen Entwicklung, zu ebnen. Das Projekt wurde vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF, Nr. 13DPD3) finanziell unterstützt und vom astp sowie zwei Dienststellen (dem *Medizinisch-Pädagogischen Dienst*, Genf, sowie der *Schulpsychologischen Dienststelle*, Waadt), bei denen die an der Studie teilnehmenden Psychomotoriktherapeutinnen und -therapeuten angestellt sind, kofinanziert. Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsspitals Genf bewilligt.

Die Studie hatte zum Ziel, die Auswirkungen der Psychomotoriktherapie auf die motorische, affektive und kognitive Entwicklung zu untersuchen. Der Entwicklungsstand dieser drei Bereiche wurde einmal vor Beginn der Behandlung (T1) und einmal nach 15-monatiger Behandlung (T2) festgehalten.

Psychomotorische Störungen

Der Begriff der psychomotorischen Störung gehört in den Rahmen der verschiedenen Untersuchungen, welche den Zusammenhang zwischen der Entwicklung motorischer Funktionen und der psychologischen Entwicklung unterstreichen. „Motorische Rückstände“ (Reiferückstände) gehören zu den „psychomotorischen Rückständen“ „[...] und können nicht alleine durch Nervenverletzungen erklärt werden“ (Bergès, 1985, S. 374–375). Die Funktionen gehen nicht nur mit der neuromotorischen Struktur, sondern auch mit der Entstehung des psychischen Raumes einher. Dieser bestimmt, ob und wie die Funktion zum Tragen kommt oder nicht. Berücksichtigt man „die Art und Weise, wie diese Funktion funktionieren wird“ (Bergès, 1998, S. 2), so stellt man die zwischenmenschliche Dimension wie auch die Haltung und die Motorik in einen Zusammenhang mit dem Körperverständnis sowie mit dem therapeutischen Ansatz der Psychomotorik.

Der Begriff der psychomotorischen Störung umfasst also ein breites Feld an Indikationen im Bereich der Psychomotorik, wie Störungen der Tonusregulierung, tonisch-emotionale Störungen, Entwicklungsverzögerungen in der Haltung, Störungen in der motorischen Umsetzung und der Instrumentalisierung, aber auch Indikationen, die nur indirekt mit der Motorik in Zusammenhang stehen und eher im zwischenmenschlichen Bereich anzusiedeln sind, wie Symbolisierungs-, Beziehungs-, Verhaltens-, Sozialisierungs- und Individualisierungsstörungen.

Wir sind in unserer Studie von einer Symptombeschreibung, wie sie Psychomotoriktherapeutinnen und -therapeuten verwenden (nennen wir es „psychomotorische Realität“), ausgegangen und haben als Untersuchungsfeld einen Teil der psychomotorischen Störungen, nämlich die der Kategorie F82 der ICD-10 (Marcelli 2001), ausgewählt. Diese Einschränkung war wichtig, damit geeignete Testpersonen ausgewählt werden konnten. Diese Beschreibung umfasst Begriffe wie motorische Ungeschicklichkeit beim Kind, entwicklungsbedingte Koordinationsstörung und Dyspraxie, bzw. einige der von Ajuriaguerra (1980) aufgelisteten Kategorien psychomotorischer Störungen. Ausgehend von dieser Beschreibung haben wir den Kernbegriff der starken Abweichung in der Entwicklung der grob- und feinmotorischen Koordination angeschaut, die phasenweise mehr oder weniger dominant sein kann, die aber von den ersten Entwicklungsstadien an stets präsent ist. Diese Abweichung kann weder einem generellen intellektuellen Rückstand noch den direkten Auswirkungen einer Seh- oder Hörstörung oder einer spezifischen, angeborenen oder erworbenen, neurologischen Erkrankung vollumfänglich zugeschrieben werden.

Untersuchung und Auswertung von Therapien

Angesichts der geringen Anzahl von Studien zu diesem Thema haben wir uns beim Definieren des Studiengegenstands an den Untersuchungen zur Wirksamkeit von Psychotherapien orientiert. Genau wie in der Psychomotorik geht es auch beim psychodynamischen und humanistischen Ansatz in der Psychotherapie (De Roten, Drapeau & Despland, 2003; Gérin, 1984; Gérin, Dazord & Madjiid Sali, 1991; Grawe, 1998; Robert-Tissot, 2000) um tiefgreifende Veränderungen des Denkens, der Beziehungen, des erlebten Körpers, und nicht nur um das Verschwinden eines Symptoms, das dann andernorts wieder auftreten kann. Die komplexe Natur der Veränderung, das Fehlen einer neutralen Drittperson für die Zusammenarbeit und die Problematik der Kontrollgruppe, die aus ethischen und deontologischen Gründen nicht denselben Anforderungen wie die Testgruppe unterworfen werden kann (Gérin, 1984), erschweren die Evaluation. Man könnte daraus schliessen, „die Untersuchungen zur Wirksamkeit von Therapien kämen einer simplifizierten Annäherung“ (Robert-Tissot, 1995, S. 5–6) und somit einer Vorstufe zu einer klinischen Prozessstudie gleich. „Untersuchungen zur Entwicklung isolierter Merkmale (wie z.B. eines Symptoms, eines Risikofaktors, einer Temperamentskategorie) sind zum Scheitern verurteilt. Man muss die Entwicklung ganzheitlich betrachten, also [...] die Konstellation interagierender Faktoren anschauen“ (Cramer, Robert-Tissot & Rusconi-Serpa, 2002, S. 37). Um die Anhaltspunkte der psychomotorischen Therapiepraxis bestimmen zu können, haben wir uns für eine explorative Perspektive entschieden.

Bereits existierende Untersuchungen in der Psychomotorik (Corboz & Borner, 1978; Albaret, Druet & Soppelsa, 1994; sowie Grabot, 2004) ermöglichten uns eine strikte Methodologie.

Studienpopulation

Wir haben für die Studie zwei Gruppen untersucht: eine klinische Gruppe und eine Referenzgruppe (Kontrollgruppe) mit je 20 Kindern im Alter von 4;3 und 7;5 Jahren. Die klinische Gruppe umfasste Kinder, die vor einer psychomotorischen Behandlung in einer öffentlichen Institution oder einer Privatpraxis standen. Diese Kinder hatten weder Hyperaktivitäts- noch tiefgreifende Entwicklungsstörungen und befanden sich in keiner anderen Behandlung (Logopädie, Psychotherapie, Ergotherapie, medikamentöse Behandlung usw.). Die Referenzgruppe setzte sich aus beliebig ausgewählten Kindern zusammen, die in keiner Behandlung waren; sie wurden in Krippen und Primarschulen im Kanton Genf rekrutiert. Jedes Kind der klinischen Gruppe wurde gemäss den Kriterien Alter, Geschlecht und Bildungsgrad der Eltern einem Kind der Referenzgruppe zugeteilt. Alle Familien gaben uns ihr schriftliches Einverständnis für die Teilnahme ihres Kindes an der Studie.

Ausgangshypothese und Ziel der Studie

Unser Ziel war es, die Veränderungen sowie die Art der Veränderungen im Laufe einer psychomotorischen Behandlung bei Kindern mit psychomotorischen Störungen zu untersuchen. Die Veränderungen wurden im Bereich der Motorik (*Movement Assessment Battery for Children*¹), im kognitiven Bereich (*Wechsler Intelligence Scale for Children, 2002*² und *2003*³) sowie im psychoaffektiven und zwischenmenschlichen Bereich (*The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ*⁴) erfasst.

Zudem haben wir Fragebogen für die Eltern entworfen. Mit dem ersten Fragebogen sammelten wir die notwendigen Informationen über die Kinder und die jeweilige soziale und wirtschaftliche Situation; in zwei weiteren Fragebogen ging es um die therapeutische Allianz und die Auswirkungen der psychomotorischen Behandlung. Die Fragebogen wurden zu zwei Zeitpunkten, T1 und T2, ausgefüllt. Parallel dazu füllten auch die Therapeutinnen und Therapeuten zu Beginn der Behandlung und bei T2 einen Fragebogen über die Schwierigkeiten des Kindes aus.

Ergebnisse

Die Daten wurden mithilfe der Statistik-Software SPSS analysiert. Dabei wurden die Ergebnisse der standardisierten Skala zwischen dem 15. Perzentil (leichte Schwierigkeiten) und dem 5. Perzentil (erhebliche Schwierigkeiten) berücksichtigt. Das betraf letztendlich 15 Kinder⁵.

¹ Soppelsa, R. & Albaret, J.-M. (2004) Batterie d'Evaluation du Mouvement chez l'enfant, französische Adaptation, Paris: ECPA.

² Wechsler, D. (2002). WPPSI-III (3. Ausgabe Rev. et aug.) USA: The psychological Corporation, französische Übersetzung 2004, Paris: ECPA.

³ Wechsler, D. (2003) WISC-IV (4. Ausgabe Rev. et aug.) USA: The psychological Corporation, französische Übersetzung 2005, Paris: ECPA.

⁴ Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire.

⁵ Fünf Kinder mussten aus der Studie ausgeschlossen werden.

Die klinische Gruppe zum Zeitpunkt T1: Zehn Kinder wiesen entweder beim M-ABC (n=6) oder beim SDQ (n=8) oder bei beiden Tests (n=4) leichte bis erhebliche Schwierigkeiten auf. Fünf Kinder lagen mit ihren Gesamtergebnissen im Normbereich der drei Skalen (M-ABC, SDQ und Wechsler).

In der Kontrollgruppe lagen alle Kinder (n=15) mit ihren Gesamtergebnissen im Normbereich der drei Skalen (M-ABC, SDQ und Wechsler).

Betrachtet man die Entwicklung der 15 Kinder der klinischen Gruppe, so zeigt sich auf deskriptiver Ebene, dass nach 15-monatiger Behandlung nur noch zwei Kinder Schwierigkeiten im motorischen Bereich aufwiesen. Im psychoaffektiven Bereich waren es ebenfalls nur noch zwei Kinder.

Statistisch betrachtet konnten wir in der klinischen Gruppe bei T2 feststellen, dass die Differenzanalyse mittels t-Test zwischen T1 und T2 beim M-ABC für jene Kinder ein signifikantes Ergebnis (p.04) ergab, deren Gesamtergebnis bei T1 unter dem 15. Perzentil lag (n=6).

Es wird zudem deutlich, dass diejenigen Kinder, die bei T1 beim M-ABC Beeinträchtigungen aufwiesen, vollumfänglich von der Behandlung profitierten.

Beim SDQ ergab dieselbe Analyse mit Kindern, deren Gesamtergebnis bei T1 unter dem 15. Perzentil lag (n=8), ein nicht signifikantes Ergebnis. Wir stellten jedoch eine starke Tendenz (p.07) fest, was die Annahme erlaubt, dass das Ergebnis bei einer grösseren Anzahl Kinder signifikant ausfallen würde. Daraus schliessen wir, dass Kinder, die bei T1 Schwierigkeiten beim SDQ aufwiesen, von der vorgeschlagenen Behandlung profitierten.

Bei der klinischen Gruppe war die Regressionsanalyse für den Zeitraum zwischen T1 und T2 beim M-ABC mit seinen Unterskalen als prädikative Faktoren (Handgeschicklichkeit, Ballfertigkeit sowie statische und dynamische Balance) signifikant (p.002). Das Gesamtergebnis bei T2 ergab sich aus den Ergebnissen der drei Unterskalen des M-ABC.

Wir stellten fest, dass schlechte Ergebnisse bei den drei Untertests bei T1 ein gutes M-ABC-Gesamtergebnis bei T2 erwarten liessen.

Bei der Kontrollgruppe hingen die Ergebnisse bei T1 und T2 signifikant miteinander zusammen. Man konnte, mit anderen Worten, die Ergebnisse bei T2 auf Basis der Ergebnisse bei T1 voraussagen. Dies war bei der klinischen Gruppe nicht der Fall.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen deutlich, dass die psychomotorische Behandlung in allen untersuchten Bereichen eine Auswirkung auf die Entwicklung der Kinder hatte.

Die Regressionsanalyse zeigte zudem, dass im Umgang mit Gleichaltrigen (Unterskala des SDQ) jüngere Kinder stärker von der Behandlung profitierten. Unsere Auswertung der von Eltern sowie Therapeutinnen und Therapeuten ausgefüllten Fragebogen (klinische Gruppe) ergab, dass die Eltern die Auswirkungen der Behandlung höher einschätzten als die Psychomotoriktherapeutinnen und -therapeuten. Letztere stellten in erster Linie eine positive Entwicklung der motorischen Qualität sowie eine bedeutende Verbesserung im psychoaffektiven Bereich fest.

Abbildung 1: Aufteilung der mit M-ABC und SDQ getesteten Kinder in drei Kategorien, gemessen bei T1 und T2.

Schlussfolgerung

Die auf drei Ebenen basierende Evaluation der Kinder stellt aufgrund der Komplexität der gegenseitigen Abhängigkeit der Ebenen einen beschränkten Ansatz dar. Mittels der Evaluationsskalen konnten wir jedoch eine positive Bilanz ziehen. Die Testergebnisse stützen unsere Ausgangshypothese, dass die psychomotorische Behandlung naturgemäss nicht nur zu einer Verbesserung der Motorik beiträgt, sondern auch in den verwandten Bereichen (d.h. im psychoaffektiven und zwischenmenschlichen, ja sogar im kognitiven Bereich) Veränderungen bewirkt. Die beobachteten Auswirkungen zeigen sich darin, dass sich die Entwicklungskurve der klinischen Gruppe der Entwicklungskurve der Kontrollgruppe annähert.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Psychomotoriktherapie, die sich an den Menschen in seiner psychokörperlichen Ganzheit richtet, eine positive Auswirkung hat, auch wenn unsere Studie – hauptsächlich aufgrund der beschränkten Datenmenge – begrenzt ist.

Darüber hinaus haben wir festgestellt, dass der Grund für eine psychomotorische Konsultation entweder auf motorischer oder auf psychoaffektiver und zwischenmenschlicher Ebene zu finden ist, dass die Störungen jedoch, obschon sie sich in erster Line auf der einen oder anderen Ebene manifestieren, meistens auch mit der anderen verbunden sind. Deshalb trifft die Bezeichnung der psychomotorischen Störung zu.

Diese verschiedenen Feststellungen ermutigen uns, den mit dieser ersten Untersuchung eingeschlagenen Weg weiterzugehen. Es ist wichtig, die Anzahl der Versuchsteilnehmer und somit auch die Validität der Studie zu erhöhen. Es sollten dabei Skalen verwendet werden, deren Mindestwirkung weniger gewichtet wird als bei den verwendeten Tests (M-ABC, SDQ) und die die Veränderungen aller teilnehmenden Kinder berücksichtigen. Auch die therapeutischen Prozesse sollten weiter untersucht werden (Thurin 2010).