

6. Wem kann eine Behandlung nach der Methode *Sensorische Integration im Dialog* helfen?

Die ehrliche Antwort würde lauten: jedem!

Stellt sich die Frage, wer kann sich *allein*, ohne Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, besser sensorisch integrieren?

In der Regel brauchen Menschen dann eine Therapie, wenn ihr Leben längerfristig an Qualität verliert und ihre Gesundheit in Mitleidenschaft gezogen wird. Für die Kinder treffen in der Regel die Eltern die Entscheidung des Zeitpunktes einer passenden Therapie. Erste Ansprechpartner sind meistens die Kinderärzte, die Erzieher im Kindergarten oder die Lehrer in der Schule. Oft werden Eltern von den Erziehern oder Lehrern aufmerksam gemacht, dass etwas mit ihrem Kind „nicht so gut läuft“.

Bei folgenden Krankheitsbildern (Auffälligkeiten) mit Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung habe ich persönlich gute Erfolge mit der Sensorischen Integration im Dialog erzielen können, in einigen Fällen in enger Zusammenarbeit mit Sprachheiltherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Mototherapeuten, Ergotherapeuten, Feldenkraispractitioners, Heilpädagogen, Heilpraktikern und Tomatistherapeuten (siehe Kapitel 24):

- Lernstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Lernbehinderungen
- geistige Behinderungen
- Autismus
- Mutismus
- Sprachbehinderungen
- Hörbehinderungen
- Sehbehinderungen
- Blindheit
- Entwicklungsverzögerungen
- Konzentrationsstörungen
- Körperbehinderungen
- Spastikern
- Schwerstmehrfachbehinderungen
- Anfallsleiden

In der Altersspanne von 0 bis 1 Jahr bzw. bei Spastikern empfehle ich dringend mit *babyerfahrenen* Bobath- oder Feldenkraistherapeuten zusammen zuarbeiten.

Meine persönlichen Erfahrungen gehen über das Alter der Pädiatrie hinaus. Langjährige Arbeiten mit Schwerstmehrfachbehinderten, autoaggressiven, blinden

Erwachsenen in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf zeigen in einer Videodokumentation erstaunliche Verbesserungen in einem relativ kurzen Zeitraum. Auch diese Methode kann nicht versprechen, immer Erfolg zu haben. Jeder Mensch ist verschieden. Entscheidend mit verantwortlich für eine positive Entwicklung scheint jedoch die aktive Mitarbeit der Bezugspersonen und des Umfeldes zu sein. Hierzu zählen neben dem Elternhaus manchmal auch die Großeltern, Tagesmütter, Kindergarten und Schule. In manchen Fällen haben Situationen sich so zugespitzt, dass es anzuraten ist, die Kindergartengruppe oder die Klasse bzw. die Schule zu wechseln.

Jeder gute Effekt einer Therapie kann durch unbedachtes Handeln schnell wieder gelöscht werden.

7. Die erste Begegnung – *Beobachtende Diagnostik*¹

Die erste Begegnung mit Kind und Eltern gestaltet sich, abhängig vom Alter und der Problematik, sehr unterschiedlich.

Generell empfehle ich den Eltern, zum Erstkontakt eine weitere erwachsene Bezugsperson mitzubringen, so dass das Kind nicht am anschließenden Gespräch teilnehmen muss.

Akten und Berichte lese ich grundsätzlich nicht vor der ersten Begegnung, um unvoreingenommen zu sein. Lese ich z.B. „das Kind ist aggressiv, beißt und schlägt in unbeobachteten Momenten“, entwickelt sich in meinem Unterbewusstsein eine Erwartungshaltung. *Diese Erwartungshaltung könnte das Kind herausfordern, sich entsprechend zu verhalten.* Das Kind würde gleich in der ersten Stunde seine negativen „Muster“ benutzen. Diese Muster sind sofort mit der neuen Situation, mit mir und dem Raum in Verbindung gebracht.

Habe ich dieses Vorwissen nicht, erzählen mir Eltern sehr häufig am Ende der Stunde, dass sich ihr Kind heute nur von seiner Schokoladenseite gezeigt hat. Fast scheinen sie zu befürchten, dass ich einen zu positiven Eindruck von ihrem Kind gewinne und die eigentlichen Probleme nicht erkenne.

Aber genau das ist meine Absicht! Das Kind soll sich *gut bei mir fühlen.*

Es ist für mich wichtig, vor der Therapie zu erfahren, ob das Kind wahrnehmungsverändernde Medikamente zu sich nimmt, da dies den Dialog beeinträchtigt.

Für die Therapie benötige ich selber keine Testverfahren. Die beobachtende Diagnostik findet in jeder einzelnen Therapiesequenz immer wieder aufs neue statt. Das macht den Dialog in der Therapie zwischen dem Kind und dem Therapeuten aus, setzt allerdings Erfahrungen voraus.

Ich persönlich halte es für Unsinn, aufgrund von irgendwelchen Testergebnissen einen Therapieplan am Montag für eine Stunde am Freitag zu erstellen.

Dennoch brauche ich für Bewilligungsanträge und zur Erklärungshilfe für manche Eltern gewissermaßen standardisierte Untersuchungsmethoden. Hier greife ich auf meine Lehrzeit bei Frau Dr. Flehmig zurück.

Die beobachtende Diagnostik beginnt im ersten Augenblick. Sie ist nicht von der Therapie trennbar und in großem Maße von der Wahrnehmungsfähigkeit des Untersuchers abhängig.

In einem Bericht über ein autistisches Mädchen schrieb ein Pädiater, dass dieses Kind niemals einen menschenähnlichen Kontakt zu ihrer Umwelt herstellen könne.

¹ Diesen Begriff habe ich von meiner Kollegin Gabi Kallinowsky

Welch ein Armutszugnis stellte er sich selber über seine Dialogfähigkeiten aus! Dieses Mädchen ist vielen von meinen Fortbildungen aus den Videodemonstrationen bekannt, es war Melanie.

Unsere Haltung, unsere Körpersprache gegenüber dem zu Untersuchenden beeinflusst in nicht messbarer Weise das Ergebnis. Der Erfolg der dialogischen Arbeit ist stark von der individuellen Entwicklung und der Eigenwahrnehmung des Therapeuten (Pädagogen) abhängig.

Beispiel:

In einer Schulklasse ist Kunstunterricht. Alle Kinder erhielten die Informationen, einen Tuschkasten und einen Zeichenblock zur heutigen Stunde mitzubringen.

Der Lehrer steht vor der Klasse. Susi Sonnenschein kommt von rechts mit offenem Blick auf den Lehrer zu. Er wendet sich zu ihr (öffnet sich körperlich) und Susi teilt ihm mit, dass sie leider die Malsachen zu Hause vergessen hat. Der Lehrer streicht ihr über das blondgelockte, ordentlich frisierte Haar und tröstet: „Das ist doch nicht schlimm, frag deinen Nachbarn, ob er seine Sachen mit dir teilt.“

Was für ein sympathischer, einfühlsamer und verständnisvoller Lehrer, werden Sie denken.

Doch nun naht Karlchen Nervensäge von links, mit ungekämmten Haaren und aus der Hose hängendem Hemd. Misstrauisch und das Schlimmste befürchtend, teilt er dem Lehrer die gleich Meldung mit.

Der Lehrer bleibt in seiner Karlchen abgewandten Haltung und zeigt dem Kind die „kalte Schulter“. Er zückt sein rotes Buch, um einen Vermerk zu machen, und gleichzeitig stellt er eine Strafe in Aussicht. Es handelt sich um einen „Wiederholungstäter“.

Karlchen möchte und braucht genauso viel wie bzw. mehr Zuwendung als Susi (auch körperlich). Er hat in seinem kurzen Leben sehr schnell begriffen, dass man sie auch über negative Verstärker bekommen kann. Also geht er in den verbalen Angriff über. In kurzer Zeit wird er erreichen, dass der Lehrer sich auch ihm zuwendet, bei ihm aber schimpfend und mit lauter Stimme. Die laute Stimme ist für Karlchen ein tiefeninformativer Reiz über das Ohr. Da Karl einen Mangel an Informationen in den Basissinnen hat, nimmt er, was er bekommen kann und zu jedem Preis. Ein Teufelskreis! Gerade Karlchen Nervensäge braucht Hilfe, *positive Zuwendung*, um aus seinen negativ konditionierten Mustern herauszukommen.

Kinder mit diesen Erfahrungen werden es schwer haben, geradlinig auf Menschen zuzugehen.

Unterstellt man diesem Jungen, dass er absichtlich geplant hat, die Malsachen zu vergessen? Oder gar den Lehrer zu tyrannisieren?

Um etwas absichtlich zu tun, bedarf es einer Planung, einer vorausschauenden Überlegung. Diese setzt eine einigermaßen gut stattgefundene sensorische Integration voraus.

Könnte man dem Lehrer unterstellen, dass ihm eine gewisse Integration der Sinne fehlt? Für ihn war es typisch, dass Karlchen Nervensäge wieder etwas vergessen hat. Was hat der Lehrer an Hilfestellung gebenden Maßnahmen getroffen? Ist er informiert, dass Karlchens Mutter vergessen hat, einen neuen Zeichenblock zu besorgen, der große Bruder den einzigen Tuschkasten der Familie am gleichen Tag in der Schule brauchte und schneller gewesen ist? Ich möchte hier keinem Lehrer zu nahe treten, aber bitte betrachten Sie diese Geschichte als Denkanstoß für die Komplexität vieler Situationen.

In der beobachtenden Diagnostik stellen sich u.a. folgende Fragen:

- Wie ist der Kontakt zwischen Eltern und Kind?
- Wer betritt zuerst den Raum, Eltern oder Kind?
- Klammert das Kind?
- Hält die Mutter das Baby, Kleinkind dicht am Körper und vermeidet jede unnötige Bewegung?
- Stürmt (fällt) das Kind in den Raum?
- Zeigt es Hyperaktivität?
- Ist das Kind ungewöhnlich misstrauisch?
- Geht es gleich auf mich oder die Therapiematerialien zu?
- Bewegt es sich mehr an der Wand entlang oder mitten durch den Raum?
- Wie ist die Qualität der Bewegungen?
- Wie ist die Qualität der Körperhaltung?
- Ist es vom Tonus (Muskelspannung) schlaff oder steif oder in der Norm?
- Spricht das Kind? Deutlich? Verwaschen? Laut? Leise? Roboterhaft?
- Hört das Kind?
- Geht das Kind vermehrt auf Zehenspitzen?
- Reagiert es überempfindlich auf laute Geräusche? (Hyperakusis)
- Sieht das Kind bzw. fixiert es Gegenstände?
- Zeigt die Haut Auffälligkeiten?
- Geht es laut oder leise durch den Raum?
- Hat es Blickkontakt zur Mutter, zu mir?
- Ist es „wach“, aufmerksam, müde, träumend, apathisch, depressiv?
- Verhält es sich stereotyp mit dem Körper, mit Gegenständen oder den Augen?
- Wie reagiert es auf verbale Ansprache?
- Gibt es Asymmetrien?
- Benutzt es mehr die rechte oder linke Hand?
- Was liebt das Kind besonders im Raum, welches Spielzeug?
- Vermeidet es die Berührung mit dem Schaffell?
- Braucht das Kind eine ganz besondere, fast pedantische Ordnung?

Antworten auf diese Fragen geben schon Auskunft über die Sinnesverarbeitung des Kindes. Aufgrund dieser Beobachtung entscheidet sich mein weiteres Vorgehen.

Nicht selten habe ich gehört, wie Eltern mit einem gewissen Stolz in der Stimme sagen: „Unser Kind krabbelt nicht, es wird gleich anfangen zu laufen! Es schaut sich erst einmal alles an“. Wir nennen diese Kinder auch *Augenkinder*. Sie sitzen mit groß geöffneten Augen und kommen nicht in Bewegung. Manche von ihnen entwickeln sich zu den *Po-Rutscher-Kindern*. Im Sitzen bringen sie die Fußsohlen zueinander, drücken sie zum Boden und ziehen den Po vorwärts. Dann schieben sie wieder die Füße vor und so weiter.

Oder ich sehe Therapeuten, die alles daran setzen, die Kinder schnell vom Boden zum Stehen und Laufen zu bekommen.

Ich möchte noch einmal betonen, wie wichtig es ist, in den verschiedenen Entwicklungsstufen *ausreichende Vorbedingungen* zu erarbeiten. Entwicklungsstufen zu überspringen „bildet Löcher“ und keine gute Basis für späteres schulisches Lernen.

In der beobachtenden Diagnostik sind wir immer wieder mit diesen „Löchern“ konfrontiert. Sie machen das Bild unklar. Heute kann das Kind rechnen und morgen nicht.

Ayres schreibt: „Wenn ein Kind ein Problem der sensorischen Integration hat, wird es aus diesem nicht herauswachsen können. Mit sehr viel Übung und Mühe kann es sich sogenannte Einzelgeschicklichkeiten aneignen, um seine schlechte sensorische Verarbeitung zu kompensieren und sein eigentliches Problem zu verdecken. Ein Kind mit ungeordneten Haltungs- und Augenmuskelreaktionen kann durchaus lernen, Fußball zu spielen und mit dem Federhalter zu schreiben. Doch muss es dieses trotz seiner neurologischen Störung tun. Das Erlernen von Einzelgeschicklichkeiten ist eine harte Aufgabe und lässt dem Kind nur wenig Kraft und Zeit für andere Dinge übrig. Während der Behandlung versuchen wir, das Gegenteil zu erreichen, nämlich dass die Dinge für das Kind leichter durchführbar werden. Und dieses kann lediglich dadurch geschehen, dass sein Gehirn mit besserer Integration arbeitet.“

Ein Kind *unter* fünf Jahren beobachte ich zunächst im freien Spiel. Hat es die verschiedenen Entwicklungsstufen des ersten bis zweiten Lebensjahres mit guter Qualität durchlaufen? Wo ist es gut in der Bewegungsausführung, entspricht dies dem Lebensalter? Stimmen meine Beobachtungen mit den Sorgen der Mutter überein?

Inge Flehmig untersucht Babys und kleine Kinder grundsätzlich auf dem sicheren Schoß der Mutter oder auf dem Fußboden. Von ihr lernte ich folgende Untersuchungen:

Um das Gleichgewicht zu prüfen, sitze ich der Mutter gegenüber und bitte sie, die Hände vom Kind zu nehmen, es nicht zu halten. Gleichzeitig fasse ich die Füße des Kindes und nehme darüber Kontakt auf mit gleichzeitiger Tonusüberprüfung. Langsam ziehe ich an den Beinen, so dass das Kind am Körper der Mutter liegend in die leichte Rückenlage rutscht. Überempfindliche Kinder werden das Wegnehmen der Hände ihrer Mutter schon als Irritation des Gleichgewichts empfinden und mit Abwehr reagieren, unterempfindliche bis normale Kinder quietschen vor Vergnügen. Die Bereitschaft der Mutter, die Hände vom Kind zu lösen ist sehr aussagekräftig. Bei überempfindlichen Kindern zögern die meisten Mütter.

Bei leicht nach oben gedrückter großer Zehe streiche ich gefühlvoll mit dem Dauernagel über die nackte Fußsohle. Die Reaktion des Kindes zeigt, ob der Reiz ankommt und wie er verarbeitet wird.

In der halben Rückenlage überprüfe ich die Spannung der Hüfte. Dabei nehme ich beide Knie gebeugt nach außen. Gefühlte Erfahrung lässt sich nicht in Worte fassen, wo fängt die Norm an, wo hört sie auf? Im Zweifelsfall wird ein Termin zum Ultraschall bzw. Röntgen empfohlen.

Um seitliche Haltungsabweichungen und Skoliosen auszuschließen, „sitzt“ der Säugling mit dem nackten Oberkörper in Richtung des Untersuchers. Im sanften Nachvornbeugen bei gleichzeitiger Fixierung der Schultern wird die Wirbelsäule überprüft.

Fixiert der Säugling mit den Augen und folgen die Augen? Lauscht er der Richtung des Geräusches? Wie reagiert die Haut bei Berührung? Hinterlassen leichte Fingerberührungen schon rote Abdrücke?

Die Vielzahl der Kriterien zur Diagnostik lässt sich nur unbefriedigend niederschreiben, da ein Großteil der Untersuchungen auf Eigenerfahrung des Untersuchenden beruht. Es ist die jahrzehntelange Erfahrung mit Tausenden von Kindern und sich selbst, die aus der Summe der Teile ein Ganzes werden lässt, eine ganzheitliche diagnostische Betrachtung.

Zeigt das Kind eine Kooperationsbereitschaft und hat das fünfte Lebensjahr erreicht, teste ich nach Inge Flehmig folgendermaßen motoskopisch:

Zuerst bitte ich das Kind, Schuhe, lange Hose und Strümpfe auszuziehen. (Bei größeren Kindern empfehle ich bei der Terminabsprache den Eltern, eine kurze Turnhose mitzunehmen.)

1. Im ruhigen Stand, das Gewicht auf beide Füße verteilt, zeigt sich, wie weit das Fußgewölbe entwickelt ist. Im fünften Lebensjahr sollte diese Reifung deutlich sichtbar sein.

Ist in dieser Stellung kein oder nur ein schwaches Gewölbe zu sehen, bitte ich das Kind, sich auf Zehenspitzen zu stellen. Das *motorisch unreife Kind* hat

im Zehenstand ein gut sichtbares Gewölbe. Der *genetische Plattfuß* zeigt im Zehenstand *kein* Gewölbe.

Der Plattfuß ist eine *knöcherne Veränderung* und *nicht zu korrigieren*. Im Gegensatz dazu gibt es den unreifen Fuß (nicht der Fuß ist im eigentlichen Sinne unreif, sondern das ganze Kind! Ein „unreifer Fuß“ steht immer auch mit einer „unreifen Hüfte“ in Beziehung), der einzig und allein durch Bewegung und Verbesserung der körperlichen *Gesamtwahrnehmung* in die Aufrichtung kommen kann und nicht durch die oft Druckstellen erzeugenden Einlagen!

Bei den meisten unreifen Kindern bildet sich im Zehenstand ein phantastisches Gewölbe. Die Reifung ist nicht in den Fuß gelangt. Gleichzeitig teilt mir die Struktur und manchmal die Hautfarbe etwas über die Benutzung des Fußes mit. Ein muskulöser durchtrainierter Fuß oder ein rosiger, kalkiger, eher etwas schwammiger Fuß geben unterschiedliche Auskünfte. Bei manchen Kindern ist der Zehenspitzenstand schon schwierig einzunehmen. Stark „kippelnde“, mit den Armen ausfahrende Bewegungen deuten eventuell auf eine Gleichgewichtsproblematik hin.

2. Als nächstes fordere ich das Kind auf, mit einem Bein durch den Raum zu hüpfen. Ein Großteil der Kinder hüpfen einfach los, manche fragen erst einmal: „Auf welchem?“ Sie gewinnen so Zeit für die motorische Planung. Bei einer leichten Anforderung wie dem Hüpfen auf einem Bein ist dies normalerweise nicht nötig.

Die Qualität des Hüpfens gibt Auskunft über die Entwicklungsreife. Mit fünf Jahren muss ein Kind *leicht federnd* ca. 10 Hüpfen ohne Unterbrechung durch den Raum schaffen können. Alle Abweichungen wie: unterbrechen, fallen, Arme schleudernd oder wurmartig gehalten, nicht auf einer Linie bleiben, hartes und lautes auf den Boden landen (Stampfen), Mitbewegungen im Gesicht und Mund weichen von der normalen koordinierten Bewegung ab.

(Laute, eckige Bewegungen deuten z.B. auf einen Mangel an Tiefeninformation hin.)

3. „Tip-Top“, die Kinder sagen auch häufig „Piss-Pott“, wenn ein Fuß vor den anderen gesetzt wird. Dabei setzt die vordere Ferse immer *genau* an den Zeh des hinteren Fußes. Die Augen sind auf die Füße gerichtet, um ein „Festhalten“ im Raum zu verhindern. Die Kinder versuchen so, Unsicherheiten über das Gleichgewichtssystem mit Hilfe der Augen zu kompensieren.

Das Abweichen von der imaginären Linie, das nicht genaue Aneinandersetzen der Füße, wurmartige Mitbewegungen (extrapyramidale Mitbewegungen) der Hände, Mund und Zunge, das Fixieren der Augen auf einen Punkt lassen Defizite in den Basissinnen deutlich werden.

Inge Flehmig wählte diese Aufgabe vor der folgenden Gleichgewichts-herausforderung. So hat man einen Vergleich, *wieviel Zeit* das Kind nach der Gleichgewichtsreizung braucht, um sich wieder zu regulieren, während es erneut „Tip-Top“ durchführt.

4. Das Kind stellt sich in die Mitte des Raumes, hat beide Arme zur Seite ausgebreitet und dreht sich zehnmal mit mäßigem Tempo um die eigene Achse. Viele wahrnehmungsgestörte Kinder sind gar nicht in der Lage, zehnmal zu drehen. Sie verweigern (zu Recht, niemals zwingen!) oder fallen hin. Manche kompensieren über Herumalbern und Clownerien. Sie drehen zu langsam oder zu schnell.
Wieder gilt es, nach der Qualität zu sehen. Wie geht ein Kind mit dieser Herausforderung um, welche Strategien hat es zur Verfügung?
Wird dem Kind gar nicht schwindelig, spricht das nicht etwa für ein besonders gutes Gleichgewicht, sondern für eine extreme Unterempfindlichkeit. Ca. fünf bis zwanzig Sekunden braucht ein gut organisiertes Kind, um sein Gleichgewicht wieder zu regulieren. (Das gilt nicht für Erwachsene.)
5. Gleich nach dem Drehen wird das Kind aufgefordert, die „Tip-Top“ Bewegung auszuführen. Dabei wird es angehalten, auf die Füße zu sehen. Erreicht das Kind wieder die Qualität wie vor dem Drehen, hat das Gleichgewichtssystem die Herausforderung verarbeitet. Hier beachten wir die Zeit und die Qualität der Regulation.
6. Ich bitte das Kind, sich auf den Boden zu setzen, die Beine lang ausgestreckt zu grätschen. Die Arme sollen hoch an die Decke greifen.
Bei einer reifen Hüftentwicklung bleiben die Knie am Boden, der Rücken aufrecht, und es zeigt sich ein rechter Winkel zwischen Oberschenkel und Becken. Abweichungen weisen auf Defizite hin.
7. Das Kind steht in der Mitte des Raumes und kreist beide Arme gleichzeitig rückwärts. Inge Flehmig fand heraus, dass sich bis zum ca. 11., 12. Lebensjahr der dominante Arm schneller und koordinierter dreht (Foto 20). Dies ist eine einfache Möglichkeit, eine eventuelle Linkshändigkeit bzw. eine Handdominanzunreife herauszufinden. Allerdings muss das Kind schon weit genug entwickelt sein (ca. fünftes Lebensjahr), um diese Bewegung umsetzen zu können.
Ab dem 11. bis 12. Lebensjahr drehen beide Arme parallel, bedingt durch eine zunehmende Ausdifferenzierung.
Zeigen sich Auffälligkeiten in dieser Untersuchung, ist eine genauere Händigkeitstestung anzuraten.



Foto 20: Emilie ist Rechtshänderin

Bei *Unreife* in der Händigkeit zeigen sich Symptome einer Wahrnehmungsstörung. Ebenso führt die *genetisch bedingte* Linkshändigkeit oft zu Entwicklungsproblemen (Fallbeispiel Paul). Diese Kinder brauchen mehr „Kredit“ in Lernsituationen. Ihr Gehirn arbeitet sozusagen über Umwege und das kostet Energie und Zeit.

Eine Verbesserung der Sinnesverarbeitung führt zu mehr „Ordnung“ im Gehirn und Ausdifferenzierung der Handdominanz.

Linkshänder sollten mit Hilfe herausfinden, welche Tätigkeit (z.B. Schreiben links, Werfen rechts) sie mit größerer Qualität, mit der rechten oder linken Hand ausführen können. Ein Linkshänder ist nicht unbedingt für alle Tätigkeiten (grobmotorisch und feinmotorisch) links angelegt. Er braucht hier Entscheidungshilfen sowie entsprechende Lernhilfen, z.B. Schere für Linkshänder etc. Statistische Untersuchungen besagen, dass, wenn die Linkshänder erst einmal durch die Schule gekommen sind, sie eine größere Kreativität und künstlerische Begabung entwickeln.

8. Einbeinstand mit geschlossenen Augen. Hierbei steht das Kind zuerst mit offenen Augen, bis es im Gleichgewicht ist, und schließt sie erst dann (Foto 21). (In Kapitel vier ist dieser Test beschrieben.)



Foto 21: Einbeinstand ohne Augenkontrolle im Raum

9. Ich fordere das Kind auf, durch den Raum zu krabbeln. Auf den Fotos Nr. 22 und 23 demonstrieren uns Finn und Johann einige Unreifezeichen beim Krabbeln: Hände stützen über die Fingerspitzen oder mit Fäusten, Finger zeigen nach außen oder innen, Füße sind *in der Luft* gekrallt oder gestreckt, Füße, die wie in Startlöchern stehen, der Kopf ist zwischen den Schultern fixiert, unregelmäßiger Rhythmus in der Bewegung, sehr lautes Krabbeln. (Physiologisch: Füße lang gestreckt, Fußrücken am Boden, Finger zeigen nach vorn, rhythmisches Krabbeln, Kopf spielt frei auf den Schultern.)