

# Die Bedeutung des Spiels für das behinderte Kleinkind

Autor(en): **Binswanger, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **79 (1970)**

Heft 4

PDF erstellt am: **13.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-974966>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Die Bedeutung des Spiels für das behinderte Kleinkind

die Öffentlichkeit. So schätzt man zum Beispiel den der schweizerischen Volkswirtschaft durch Gelenkrheuma entstehenden Schaden auf jährlich 500 Millionen Franken. (Jeder zweite Schweizer leidet an einer rheumatischen Erkrankung!) Es ist deshalb verständlich, dass ein besonderes Bundesgesetz erlassen wurde, um diese Volkskrankheit durch Beiträge an öffentliche und private Institutionen wirksamer bekämpfen zu helfen.

Während rheumatische Erkrankungen auch jüngere Jahrgänge befallen (die angeborene Hüftgelenkverrenkung zum Beispiel kann bei zu spät einsetzender Behandlung schon beim Kinde zu einem schweren Hüftleiden führen), treten Diabetes, Krebs sowie Herz- und Kreislaufstörungen meistens erst in mittlerem und höherem Alter auf; aber auch gegen diese Leiden, namentlich Krebs und Gefässerkrankungen, muss die Vorbeugung in jungen Jahren einsetzen. Röntgenuntersuchungen, wie sie für die Tuberkulose gemacht werden, machen erste Anzeichen einer Krebserkrankung erkennbar. Krebsgefährdete Betriebe sind durch einen ärztlichen Dienst regelmässig zu überprüfen. Die Zuckerkrankheit lässt sich durch eine einfache Urinuntersuchungen feststellen; ein besonderes Augenmerk ist auf Personen zwischen vierzig und sechzig Jahren zu richten sowie auf Blutsverwandte von Diabetikern.

## *Unfallverhütung*

Bei Männern unter vierzig und Frauen unter dreissig Jahren sind Unfälle die häufigste Invaliditäts- und Todesursache. Der tödliche Ausgang, namentlich bei Verkehrsunfällen, könnte oft vermieden werden, wenn mehr Menschen elementare Kenntnisse von Erster Hilfe hätten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der öffentlichen Gesundheitspflege durch die moderne Lebensweise neue Aufgaben erwachsen sind, die vermehrte sanitäts-polizeiliche, erzieherische und gesundheitspolitische Massnahmen erfordern. Das Schwergewicht soll dabei auf der Vorbeugung, dem Schutz und auf der Aktivierung des Gesundheitswillen des Einzelnen liegen.

Wohl ist jeder Mensch weitgehend für sein Gesund- oder Kranksein selbst verantwortlich, aber in manchen Belangen wie der Boden-, Wasser- und Luftverunreinigung, der Lärmbekämpfung, der Lebensmittelkontrolle ist er auf behördliche Massnahmen angewiesen. Gesundheit ist als des Menschen kostbarster «materieller» Besitz alle Anstrengungen und wirtschaftlichen Einbussen auf anderen Gebieten wert.

E. T.

Hören wir das Wort «Eingliederung», «Rehabilitation», so denken wir automatisch an die Eingliederung Behinderter oder Genesender ins Erwerbsleben, ins soziale Leben der Allgemeinheit, also an berufliche Arbeit und Selbständigkeit im Hause und auf der Strasse, das heisst an all das, was das normale Leben eines Erwachsenen ausmacht. Ist der Behinderte im Schulalter, so sagen jene, die mit der Rehabilitation betraut sind, dass die beste Voraussetzung für eine spätere Eingliederung ins Erwerbsleben aus einer so gut als möglich ausgenutzten Schulzeit besteht, einer Schulzeit, die unter Berücksichtigung der speziellen Behinderung so normal beziehungsweise altersentsprechend als möglich sein soll.

Der Pädagoge wird beim theoretischen oder praktischen Unterricht nicht nur an die Vorbereitung auf eine vielleicht mögliche Erwerbsart denken, sondern er wird die Fähigkeiten des Kindes prüfen und schauen, wie weit und in welcher Weise Mängel kompensiert werden können. Die Beschäftigungstherapeutin richtet ihre Massnahmen danach, dass das Kind in den Besitz der zur Teilnahme am Schulunterricht nötigen motorischen Fähigkeiten kommt, gegebenenfalls durch Hilfsmittel. Andere medizinische Massnahmen, seien sie orthopädischer, physiotherapeutischer oder ophthalmologischer Art, werden ebenfalls soweit als möglich nach den Anforderungen der Schule und einer dem Alter des Kindes entsprechenden Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen ausgerichtet oder modifiziert. Und das gerade, weil im Hintergrund das Ziel der bestmöglichen und sozialen Eingliederung steht.

In Berichten von Meistern in Anlernwerkstätten und ähnlichen Institutionen kommt immer wieder zum Ausdruck, dass sie es nicht schätzen, wenn zum Beispiel in der Beschäftigungstherapie ein behinderter Jugendlicher einseitig auf ein ganz bestimmtes Handwerk hin trainiert wurde (und in einer andern Weise, als es der Meister selber täte).

Dagegen begrüssen sie es, wenn Jugendliche über Konzentration, Ausdauer und ganz allgemein über eine gewisse Geschicklichkeit im Umgang mit den einfachen Werkzeugen verfügen.

Die Angst, ein bestimmter Behinderter könne später nicht eingegliedert werden, darf nicht dazu führen, dass zu früh festgelegte Handgriffe stereotyp geübt werden, und die Entwicklung von Fähigkeiten vernachlässigt wird, die zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr in gleichem Masse beeinflussbar sind.

In noch vermehrtem Masse gilt es, in der Therapie behinderter Kleinkinder darauf Rücksicht zu nehmen, dass

bestimmte Fähigkeiten sich zu einem bestimmten Zeitpunkt besonders intensiv entwickeln. Doch wird leider in vielen Fällen das Kleinkindesalter als eine Wartezeit, bestenfalls als eine direkte Vorbereitungszeit auf die Schule angesehen, das heisst mit dem Kleinkind werden Fähigkeiten geübt, die ihm als Schulkind zugute kommen sollen. Es muss, um ein einfaches Beispiel zu nehmen, Gegenstände festhalten lernen, damit es *später* sich eines Bleistiftes, eines Werkzeugs bedienen kann, aber selten wird daran gedacht, dass es *jetzt* Spielzeug sollte handhaben können, für seine eigenen, nicht unmittelbar therapeutischen Zwecke. Wir üben mit dem Kind das Erkennen und Wiedergeben verschiedener Formen und Konstruktionen, damit es später fähig sei, Lesen und Schreiben zu lernen und vergessen, dass das Kleinkind normalerweise zuerst nach seiner eigenen Gesetzmässigkeit experimentiert und konstruiert, bevor es sich für fremde Vorlagen interessiert und sie kopiert. Wir hindern das Kind unter Umständen an der spontanen Ausübung bestimmter Bewegungen, damit später keine angewöhnten falschen Bewegungsmuster seine Behinderung verstärken, und berücksichtigen manchmal nicht, dass, wenn wir gezwungen sind, gewisse Ausführungen zu verbieten, wir gleichzeitig in einem noch grösseren Mass den Antrieb zu ebenso spontanen aber normaler ausgeführten Bewegungen unterstützen müssen, damit das Kind nicht die Freude an selbständiger Bewegung verliert.

Die eigene, typische Entfaltungswiese des Kleinkindes wird bei der Durchführung vieler therapeutischer Massnahmen nicht in Rechnung gestellt, ausser in ihrem rein sozialen Aspekt. Eine Ausnahme bilden jene Massnahmen, für die aus einem rein physiologischen Gesichtspunkt das Säuglingsalter als Therapiebeginn für ganz bestimmte Störungen gewählt wird. Glücklicherweise aber versetzen deren Erfolge das geschädigte Kind oft zur rechten Zeit in die Lage, das zu seiner Gesamtentwicklung Nötige aus eigenem Antrieb zu unternehmen.

Die motorische und geistige Aktivität aus eigenem Antrieb ist bei einem zwei- bis dreijährigen Kind ganz besonders ausgeprägt. Wird die Aktivität zu diesem Zeitpunkt behindert oder dort, wo sie schwach scheint, nicht herausgefordert, wirkt sich das unter Umständen für lange Zeit als eine «Lähmung» des Antriebs aus.

In gewisser Beziehung kann man sagen, dass der Unterschied zwischen Schule und Beruf kleiner ist als der zwischen Spielalter und Schule. Nicht, weil — wie man sagt — das Kleinkind noch spielen dürfe, das Schulkind aber wie der Erwachsene nach Vorschrift arbeiten müsse, sondern deswegen, weil das Kleinkind von sich aus mit allerhöchster Anstrengung seinen «Gesichtskreis»

erweitert, experimentiert, lernt und «selbermachen» will, während der Schüler, der Angestellte wohl seine Fähigkeiten so einzusetzen hat, wie es von der Gesellschaft vorgeschrieben wird, aber auch auf die Vorschriften angewiesen ist.

Dann, wenn die Phase der intensiven Aktivität aus eigenem Antrieb abklingt, ist die Stunde des Pädagogen gekommen, dann muss dieser damit beginnen, das Wissen zu vermitteln, welches das Kind als Erwachsener haben sollte. Er kann auf das aufbauen, was das Kind *sich selber* durch Beobachten, Versuche, Nachdenken und Fragen beigebracht hat. Die Phase der Aktivität aus eigenem Antrieb ist der Erwachsene nicht gewöhnt, bewusst zu beeinflussen, eben gerade, weil alles Lernen «von selbst» geschieht. Doch macht er zweierlei: Er gibt dem Kind freiwillig und unfreiwillig Material, mit dem es sich in vielerlei Art auseinandersetzt, und er schützt das Kind und seine Umgebung davor, dass die Aktivität sich irgendwie schädigend auswirkt.

Würde sich der Erwachsene zu sehr einmischen, zuviel zeigen und erklären, würde er das Kind erstens oft verwirren, da bestimmte «Erkenntnisse» einen von aussen schwer zu erfassenden «Reifegrad» voraussetzen, zweitens würde das Kind dadurch vielleicht um so weniger selber probieren und nachdenken. Dadurch käme es aber nicht zu wirklicher Erfahrung und lernte seine eigenen Fähigkeiten nicht gebrauchen und dadurch kennen.

Beteiligt sich der Erwachsene andererseits gelegentlich in einer zurückhaltenden und einführenden Art am Spiel, kann er das Kind ohne ausdrückliche «Belehrung» zu Einsichten bringen, für die es vielleicht, wenn auf sich allein angewiesen, einen grossen Umweg benötigte.

Wenn eine Physio- oder Beschäftigungstherapeutin mit einem Kind auf eine bestimmte Weise spielt beziehungsweise das Spiel als Uebung für einen Bewegungsablauf oder als Wahrnehmungstraining einsetzt, bedeutet das Spiel für das Kind selbst meistens mehr. Es ist notwendig, dass sie sich darüber Rechenschaft gibt und entweder gewisse Spielregeln beachtet oder dem Kind die Uebung als Uebung begreiflich macht. Sie muss sogar gelegentlich das Spiel des behinderten Kindes als Spiel ernst nehmen, denn ihre Massnahmen sind nicht nur dazu da, damit das Kind später einmal dies oder jenes ausführen kann, sondern auch dazu, dass es jetzt der seiner Entwicklungsphase entsprechenden Aktivität nachgehen kann. Wir können somit reden von einer «Rehabilitation zum Spiel und selbständigen Vorgehen» (letzteres buchstäblich).

Therapeutische Bemühungen am behinderten Kleinkind sollten also nicht nur bestimmte Störungen verringern oder

beheben, weil diese aus entwicklungsphysiologischen Gründen zu diesem Zeitpunkt einer Therapie besonders zugänglich sind, sondern sie müssen auch direkt darauf abzielen, dem Kleinkind zu helfen, seinem Alter entsprechend tätig zu sein, das heisst durch Spiel und im Spiel sich Begriffe zu bilden, Ueberlegungen zu folgen, sich auszudrücken und seinem Bedürfnis nachzukommen, die Umwelt auszukundschaften.

Der Idealfall wäre, dass eine Therapie zum Ziele führte, bevor der Schaden für den Patienten zu einer wirklichen Behinderung wird, zum Beispiel, wenn durch die vom Orthopäden veranlassten Massnahmen ein angeborener Klumpfuss zu einem normalen belastungsfähigen Fuss wird, bevor das Kind das Verlangen hat, zu klettern.

Bei Schwer- und Mehrfachbehinderten wird dieses Ideal selten erreicht. Da müssen wir dem Kind auf eine andere Weise beistehen. Wir machen dem Kind das, was es sucht, leichter zugänglich, bringen das Körperbehinderte in die Stellung, aus der heraus es am besten hantieren kann, und wählen aus dem das Kind interessierenden Spielzeug dasjenige aus, das es am leichtesten handhaben kann. Oder wir unterstützen es direkt und spielen mit ihm, aber nicht, indem wir diktieren, sondern so, dass wir herauszuhören suchen, womit es sich beschäftigen würde, wenn ihm alles zugänglich wäre, während bei bestimmten retardierten Kindern erst ein Antrieb, zu spielen, geweckt werden muss. Um unterstützend und anregend eingreifen zu können, muss die Therapeutin die Entwicklung des normalen Kindes kennen. Sie muss wissen, in welcher Reihenfolge die verschiedenen motorischen, perceptiven, intellektuellen und sozialen Eigenschaften entstehen, wie sie sich gegenseitig beeinflussen, wo sie voneinander abhängig sind und wo nicht. Sie muss das Krankheitsbild bestimmter Störungen kennen, den möglichen Bereich ihrer Auswirkungen. Doch genau so wichtig ist es, dass sie das einzelne behinderte Kind genau beobachtet und zu erkennen sucht, was das Kind allein fertigbringt, an welchem Punkt sie mit ihrer Hilfe anzusetzen hat und wo es vergeblich wäre, zu insistieren.

In der Art, wie das Kind zum Handeln gebracht wird, offenbaren sich ausserdem seine Begabungen und Mängel, so dass in Zusammenarbeit mit verschiedenen Spezialisten ein differenziertes therapeutisches Vorgehen für die Zukunft möglich wird. Doch sollte das Testen nicht das anderen Gesetzen folgende Zusammenspiel von Kind und Therapeutin übertönen. Das Kind merkt sehr gut, ob der Erwachsene unbeteiligt seine Reaktion abwartet oder im Spiel untertaucht wie das Kind selber; erst dann gewinnt es Vertrauen und geht aus sich heraus.

Zur Verdeutlichung des praktischen Vorgehens möchte ich zeigen, wo bei einem Kind im Alter des «Rollenspiels» bei verschiedenen Behinderungen unsere Hilfe nötig werden kann. Zu diesem Zeitpunkt hat das Kind gelernt, zeitliche Zusammenhänge, Handlungsabläufe zu erkennen. Es stellt solche selber im Spiele dar und überträgt äusserlich und innerlich Erlebtes in eine von ihm beeinflussbare Welt. Es braucht die direkte Darstellung auf eine ähnliche Weise wie wir die gedankliche Vorstellung, wenn wir im Selbstgespräch etwas verarbeiten oder erarbeiten.

Das bewegungsbehinderte Kind ist oft nicht imstande, Spielzeug, auch wenn es noch so praktisch gewählt ist, seiner Phantasie entsprechend zu bewegen, oder etwas seiner Vorstellung entsprechend zu konstruieren. Hier muss die Hand einer Hilfsperson zum Werkzeug des Kindes werden. Wir denken oft, es genüge, wenn wir dem Kind möglichst viel zeigen, erklären; aber erst die verantwortliche Beteiligung an einem «Ereignis», und sei es durch das Spiel, macht das Erlebnis eindrücklich und hilft so beim Aufbau wirklicher Erfahrung.

Auch das Kind mit mangelhaftem räumlichem Vorstellungsvermögen oder mit einer Störung der visuellen Wahrnehmung (Perception) kann nicht seiner Absicht entsprechend manipulieren. Hier entsteht die Gefahr, dass wir das Kind als phantasiearm einschätzen. Es möchte wohl, aber es weiss nicht, wie es einer Puppe die Beine biegen soll, damit sie sitzen kann, oder wo es am Aermel zu ziehen hat, damit der Puppe die Jacke abgestreift wird. Zeigt ihm da der Erwachsene nicht immer wieder geduldig die einfachsten Handgriffe und hilft bei den schwierigeren, ohne zu entmutigen, gibt das Kind seine Versuche auf und verliert somit einen grossen Bereich weiterer Entfaltungsmöglichkeiten.

Dem Phantasiespiel mit seinem emotionellen Charakter kommt hier auch in Beziehung auf die spezielle Störung eine besondere therapeutische Bedeutung zu. Denn Begriffe wie oben — unten, halb — ganz, rund — eckig gehen dem Kind, eingebaut in einen Zusammenhang, an dem es innerlich Anteil nimmt, schneller ein als durch eine mehr abstrakte Erklärung.

Schwachsinnige Kinder werden oft als spielunbegabt bezeichnet. Ich glaube nicht, dass man das generell behaupten darf, sondern dass das abhängig ist von der Art und dem Ausmass der Störung. Aber die Spielentwicklung ist verzögert. Das Kind hat oft zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht das rechte Spielzeug zur Hand oder getraut sich nicht mehr, es zu verwenden, da so «grosse» Mädchen doch nicht mehr mit einer Puppe spielen beziehungsweise «grosse» Buben mit einem Matador-Baukasten usw.! Selten



habe ich Kinder so ins Spiel vertieft gesehen wie schwachsinnige, die endlich spielen konnten und durften, wie es ihnen entsprach. Sie zeigten dabei oft eine Differenziertheit, die der allgemein bestehenden Meinung über solche Patienten zuwiderlief.

Die oben erwähnten Behinderungen kommen in der Praxis oft kombiniert vor. Aber gerade durch das Spielen lässt sich manchmal verschiedenes gleichzeitig beeinflussen: der Antrieb, sich zu bewegen, mit den Dingen zu experimentieren, die Freude an der eigenen Handlung, an der eigenen Darstellung und die Qualität der dadurch gemachten Erfahrungen. Ist das Kind bewegungsbehindert, wird durch unsere Beeinflussung der Bewegungsausübung die motorische Funktionsfähigkeit verbessert.

Ich glaube, dass wenn wir dem behinderten Kind die Möglichkeit geben, seiner Absicht entsprechend zu spielen, oder wenn wir seinen Spieltrieb anregen, nicht nur einzelne seiner Fähigkeiten verbessert werden, sondern dass dadurch ganz allgemein eine «geistige» Kraft und Beweglichkeit gefördert wird, die dem Individuum ein intensiveres Erleben gestattet.

R. Binswanger

## INTERNATIONALER KONGRESS FÜR BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE

Vom 1. bis 5. Juni 1970 findet in Zürich der fünfte internationale Kongress für Beschäftigungstherapie statt. Das Thema lautet: «Beschäftigungstherapie heute und morgen». Anschliessend an den Kongress, der nebst Referaten und Diskussionen über die Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie auch zahlreiche Besuche in Heimen, Spitälern und psychiatrischen Kliniken einschliesst, werden in der Schweiz, in Frankreich, in Deutschland und in den Niederlanden verschiedene Seminare stattfinden, die besonderen Themen vorbehalten sind.

Gesucht nette

### Frau oder Tochter

zur Betreuung einer älteren leicht pflegebedürftigen Dame in Basel. Ganztagesstelle mit guter Entlohnung. Eventuell Zimmer.

Telefon: 051 23 59 40 (Zürich) 06.30 Uhr – 07.30 Uhr oder ab 20 Uhr oder Offerten unter Chiffre 1001 Schweiz. Rotes Kreuz, Administration, Taubenstr. 8, 3001 Bern.

## SELBSTHILFE FÜR RHEUMATIKER

Unter dem Titel «Die häusliche Pflege des Rheumakranken» hat die Schweizerische Rheumaliga eine Broschüre herausgegeben, deren Verfasser, Dr. med. G. Kaganas, Chefarzt des Instituts für Physiotherapie und der Rheumaklinik am Berthesda-Spital in Basel ist.

Wie der Präsident der Schweizerischen Rheumaliga, Dr. med. W. Belart, in seinem Geleitwort ausführt, soll diese «Pflegebroschüre» den Kranken zur Selbsthilfe anregen und dem Arzt die Möglichkeit geben, die Angehörigen seiner Patienten zu aktiver Pflege zu ermuntern.

Den ersten Teil seiner Arbeit widmet Dr. Kaganas den allgemeinen Massnahmen, die der Bekämpfung des Rheumatismus dienen. Wo beispielsweise Veranlagungen zu diesem Leiden bestehen, müssen jene Einflüsse, die seinen Ausbruch begünstigen, zielbewusst ausgeschaltet werden. Das kann durch die Schonung des Bewegungsapparates und seiner schwächsten Stellen geschehen. Heute weiss man, wie dies zu erreichen ist. Wo das Leiden aber bereits besteht, kann die ihm angepasste Lebensführung helfen. Erst auf der Grundlage einer bewusst vorbeugenden Lebensweise werden medikamentöse Therapie, physiotherapeutische Anwendungen, Badekuren, Klimawechsel und chirurgisch-orthopädische Massnahmen sinnvoll. Im frischen Schub der Erkrankung ist die hygienische Lebensführung sogar die Basis aller Behandlungsmethoden, während sie im Intervall, in der Zeit der relativen Ruhe, einen erneuten Ausbruch des Leidens hintanhält.

Eingehend beschreibt der Verfasser die Zustände und Vorgänge, welche eine Erkrankung auslösen können. Diese ins Detail gehende Darstellung, die auch kleinste Einzelheiten berücksichtigt, ist für den Laien äusserst interessant, ihre Kenntnis kann für den Rheumatiker von geradezu entscheidender Bedeutung sein. Aus der Feder eines erfahrenen Arztes erfährt er, wie sich beispielsweise eine feuchte, schlecht heizbare Wohnung, Zugluft oder das Treppensteigen auf ihn auswirken. Auch wird dargetan, welche Bedeutung dem richtigen Anbringen der sanitären Installationen, der Wahl von Einrichtungsgegenständen zukommt. Ein zu niedriger Kochherd, ein ungeeigneter Sessel, eine unzweckmässige Liegestatt können für den Gesunden lästig, für den Rheumatiker aber gesundheitsschädigend sein. Anhand genauer Abbildungen wird gezeigt, wie der Kranke gelagert werden soll. Wichtig ist die regelmässige Bewegung der Gelenke. Auch kleinste Bewegungen können von grösstem Nutzen sein; aber nicht jede Bewegung ist zweckmässig. Da ist es bedeutsam, zu wissen,