

Vortrag in Budapest 7. November 2014

Monika Aly und Anja Werner
Pikler Gesellschaft Berlin e.V.

Monika Aly:

Beobachtung der kleinen Schritte

Als ich Emmi Pikler 1982 in Göttingen kennenlernte, wusste ich noch nicht, wie sehr sie mein Denken beeinflussen würde. Schon zuvor – nach einem Hospitationsjahr bei Adriano Milani-Comparetti und Anna Gidoni in Florenz – hatte ich mich von den üblichen neurophysiologischen Methoden entfernt und war auf der Suche nach möglichst offenen pädagogischen und therapeutischen Konzepten.

Auf den ersten Blick hatte meine Tätigkeit wenig mit den Forschungen und der Praxis Emmi Piklers zu tun. Ihre Arbeit orientierte sich an der kognitiven und motorischen Entwicklung des gesunden Säuglings. Behinderte Kinder standen damals nicht im Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Und umgekehrt ignorierten wir Therapeuten im Hinblick auf geschädigte Kinder die normalen Entwicklungsanteile. Stattdessen griffen wir sehr unvermittelt zu den speziellen neurophysiologischen Standard-Methoden wie Bobath oder Vojta und konzentrierten uns hauptsächlich auf die sogenannte Pathologie.

Emmi Pikler eröffnete neue Perspektiven zur Beurteilung der Bewegungsentwicklung von Säuglingen. Sie sagte, dass ein Säugling fähig ist, aus eigener Initiative ohne direkte Stimulierung und Hilfe von der Rückenlage zum Sitzen, Stehen und Laufen zu gelangen. Sie hat beobachtet, was wir auch heute noch jeden Tag beobachten können: der Erwachsene legt den Säugling schon auf den Bauch, wo er sich selbst noch nicht auf den Bauch dreht, hält ihn in sitzender Position, wo er sich noch nicht selbst aufsetzen kann, der Erwachsene stellt das Kind auf, obwohl es noch nicht aufstehen kann. Oder legt, setzt oder stellt es in ein Hilfsmittel hinein, aus dem der Säugling keine eigene Initiative entwickeln kann.

Der Erwachsene freut sich und das Kind mit ihm. Aber Emmi Pikler hat hinter der Freundlichkeit des Erwachsenen, der sich auf diese Weise mit dem Kleinkind beschäftigt, etwas anderes gesehen: In diesem freudvollen Zusammensein bemerkte sie Drängen und Misstrauen – eine Erwartung: „Mach's früher“ Sie sah, dass man den Säugling ständig etwas üben lässt, was er noch nicht kann.

In der Praxis zeigte sich rasch, dass uns die differenzierten Beobachtungen nach Pikler, also die Analyse winziger Entwicklungsschritte und deren -übergänge für die Diagnostik wesentlich mehr nützen, als die klassische Reflexprüfung, oder andere Tests. Die Beobachtungsdiagnostik ist ersichtlich genauer: Sie erfasst nicht allein die normgerechte Mechanik einer Bewegung, sondern darüber hinaus die Teilnahme des Säuglings, seine Initiative, sein Interesse. Sie nimmt nicht allein die Funktion, sondern auch die Qualität der Bewegung in den Blick. Es geht also um das Gesamtbild

persönlicher, kognitiver und motorischer Möglichkeiten. Ärzte und Therapeuten gewinnen so einen vielfältigen Eindruck vom genauen Entwicklungsstand eines Kindes – ebenso aber von dessen möglichen Problemen.

Der Nutzen des Piklerischen Konzepts beschränkt sich in unserer täglichen Arbeit nicht allein auf die Möglichkeit exakterer Diagnosen und Prognosen. Notwendigerweise ergeben sich daraus auch Konsequenzen für das individuelle therapeutische Programm. Unabhängig von der speziellen Entwicklungsverzögerung oder Behinderung ist für unsere therapeutische Planung der aktuelle Entwicklungsstand von Bedeutung: Im Vordergrund steht das Interesse eines Kindes, seine Fähigkeiten der Kommunikation, seines Spiels und seiner Bewegung. Wir beobachten, in welchem Entwicklungsbereich das Kind Interesse und Eigeninitiative zeigt und beginnen es hierin zu unterstützen. Auch wenn das sichtbare Problem ein anderes ist und die Eltern zunächst verunsichert sind, da wir nicht „korrigierend eingreifen“.

Kinder mit körperlichen Behinderungen bedürfen häufig orthopädischer Mittel wie Sitz- Steh- oder Gehilfen. Kinder mit starken Bewegungseinschränkungen brauchen Unterstützung, um Strategien zu finden, ihre Behinderung zu kompensieren und um zu lernen, mit ihren Handicaps möglichst aktiv und selbständig zu leben. So gibt es beispielsweise soziale Gründe ein stark bewegungsbehindertes Kind in eine Sitzschale zu setzen, damit es in einem normalen Kindergarten am Gruppengeschehen teilhaben kann.

Anders stellt sich die Frage bei Kindern, die mit einem Down Syndrom zur Welt gekommen sind. Für sie bedeutet die zurückhaltende, zeitlassende Begleitung nach Pikler das Optimum für ihre Entwicklung. Diese Kinder bedürfen einer sorgfältigen Beobachtung, einer entwicklungsentsprechenden Raumgestaltung, einer kommunikativen Unterstützung, aber keiner therapeutischen Forcierung. Sie profitieren für ihre kognitive Entwicklung am meisten von einer übersichtlichen, strukturierten und entschleunigten Umgebung.

Anja wird im Anschluss ein Beispiel vorstellen.

Über die therapeutische Arbeit hinaus ermöglichen die Pflegeprinzipien aus dem Lóczy schwerbehinderten Kindern mehr Wahrnehmung ihres Körpers und Orientierung an sich wiederholenden Abläufen. Es hilft den Eltern durch die täglich sich wiederholenden Handlungen, mehr Kontakt zu ihrem Kind zu bekommen. Dasselbe gilt für die Gestaltung der Umgebung, die dem erfahrbaren Rahmen des Kindes entsprechen muss – unabhängig von seiner Position.

Jede therapeutische Begleitung behinderter Kinder, der spezifische Fragestellungen und Ziele fehlen, ist nicht zu rechtfertigen. Es gibt die Gefahr des Überforderns. Forderungen, die für das Kind zu schwierig sind, aus nicht erreichbaren Zielen bestehen und nicht in seinem momentanen Interesse liegen, setzen das Kinder unter Druck und können ihm das Gefühl geben, nicht zu genügen. Solche Therapien bewirken keine Hilfe, sondern zusätzliche Blockaden. Andererseits besteht auch die Gefahr des Unterforderns.

Therapeuten, die sich von der vermeintlichen „Soft-Methode Pikler“ angezogen fühlen, können aus einer falsch verstandenen „Lass-mir-Zeit-Haltung“ mögliche Entwicklungskompetenzen des geschädigten Kindes vernachlässigen.

Das Pikler Konzept ist ein Konzept für nicht behinderte, aber auch für behinderte Kinder. Es braucht fachkundige Ergänzungen, wo spezielle therapeutische Förderung nötig ist. Die Kunst besteht darin, weder „das Spezielle“ noch das „Normale“ aus dem Blick zu verlieren.

Erreichte Bewegungsschritte messen sich nicht an der Zeit, sondern an der Qualität der Bewegung und seiner Sicherheit. Ein Kind, ob behindert oder nicht, das initiativ und sicher in seiner Bewegung und vertraut im Umgang mit seinem Körper ist, kann sich mit aller Aufmerksamkeit seinem Spiel hingeben. Wir wissen, wie wichtig die Selbständigkeit und das Selbstwertgefühl für die Persönlichkeitsentwicklung eines jeden Menschen sind.

Diese Art der Therapie respektiert die Autonomie des Kindes in hohem Maße und trägt der Tatsache Rechnung, dass die Bewegung eines jeden Menschen immer von Zielen, Wünschen und Vorstellungen geleitet wird. Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich, dass neben der Bewegungsentwicklung immer auch die Spielentwicklung des Kindes in Betracht gezogen werden muss – als zentraler Ausdruck des seelischen Wohlbefindens, der geistigen Aktivität, Wissbegier, Experimentier- und Lernfreude. Das gilt für alle Kinder, erst recht aber für entwicklungsverzögerte oder behinderte Kinder.

Unterstützen wir das Kind darin, seiner eigenen Entwicklungskompetenz zu vertrauen und die Eltern, ihr Kind auf diesem Weg zu stärken. Wohin sich ein Kind entwickeln wird, ist von vielen Dingen abhängig. In besonderem Maße aber vom Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten: „Ich versuche es – ich schaffe es – ich lerne lernen“ (Pikler).

Anja Werner:

Anschließend an die Worte von Monika Aly möchte ich anhand von zwei Beispielen erläutern, wie die Pädagogik Emmi Piklers mein therapeutisches Handeln konkret beeinflusst.

Elias, der mit einer Trisomie 21 geboren wurde, kam im Alter von 4 Monaten in unsere Einrichtung. Seine Eltern wurden im Abstand von 4 - 6 Wochen von Monika beraten, wobei anfänglich der Kontakt zwischen Mutter und Kind im Vordergrund stand. Als Elias 9 Monate alt war, besuchte die Mutter mit Elias bei uns eine Eltern-Kind-Gruppe bei Amelie Suchy. Krankengymnastik zur Förderung seiner Bewegungsentwicklung bekam Elias schon ab dem 3. Lebensmonat in einer anderen Praxis, und dort wollten die Eltern zunächst auch bleiben.

In der Gruppe fiel auf, dass Elias überwiegend eine Aktivität zeigte: er drehte sich schnell vom Rücken auf den Bauch, stützte sich auf seine Hände und schaukelte mit dem Oberkörper hin und her.

Seine immer wiederkehrende Bewegung wirkte monoton.

Spielgegenstände, die in seine Nähe gelegt wurden, beachtete Elias nicht. Wenn er müde wurde, fing er an zu weinen, er drehte sich aber nicht zurück auf den Rücken. Für Elias' Mutter, die damals noch sehr durch die Trauer, ein Kind mit Behinderung zu haben, belastet war, war die Situation in der Gruppe schwer auszuhalten: die anderen Kinder spielten, Elias schien sich von ihr abzuwenden, nahm aber nicht aktiv am Geschehen teil.

Monika und Amelie waren besorgt. Um Elias Verhalten besser einschätzen zu können, empfahl Monika der Mutter, zusätzlich zu der gewohnten Therapie auch einmal wöchentlich zu mir zu kommen, (mit 10 1/2 Monaten). Schwerpunkt sollte nicht die Bewegung, sondern Elias' Spielinteresse sein. Die Physiotherapie mit dem Schwerpunkt Bewegung fand weiterhin in der anderen Praxis statt.

Elias zeigte in meiner Therapiestunde dasselbe, oben beschriebene Verhalten. Ich erfuhr, dass in der Physiotherapie das Drehen auf den Bauch und das Aufstützen auf die Hände mit Elias seit Wochen geübt wurde, obwohl sich Elias von selbst gerade erst auf die Seite gedreht hatte. Für mich sah es so aus, als ob Elias in dieser antrainierten, nicht von ihm selbst initiierten Bewegung, gefangen war. Wie ein Reflex erfolgte die Drehung auf den Bauch, aber dieses Drehen hatte nichts mit seinen Absichten oder Interessen zu tun. Die Bewegung wirkte leer.

Meine Intervention war, Elias wieder auf den Rücken zu holen, also in der Bewegung einen Schritt zurück zu gehen, und ihn hier erst einmal mit Spielgegenständen in Kontakt zu bringen. Zunächst grenzte ich den Platz um Elias mit zwei Polstern ein, so dass es schwierig war, sich weiter als auf die Seite zu drehen. Spielgegenstände lagen dicht in seiner Nähe. Er begann sich für einen größeren Korb zu interessieren, an dem er kratzen und Geräusche erzeugen konnte. Dann ergriff er erst den Korb, später auch andere Gegenstände und begann sie zu erforschen. In überraschend kurzer Zeit entdeckte Elias die Welt des Spiels und fand Genuss daran. Über mehrere Wochen hatte er kein Bedürfnis mehr, sich auf den Bauch zu drehen, weil er dort noch nicht hantieren konnte. So lernte er auch die Seitlage als Spielposition gründlich kennen. Nach 6 Wochen, im Alter von 12 Monaten, drehte sich Elias wieder auf den Bauch und bezog nun diese Positionen in sein Spiel mit ein. Er begann sich nach Spielzeugen auszustrecken und kroch auf dem Bauch liegend im Kreis, um sich einen Gegenstand zu holen. Die neue Position erweiterte seine Spielmöglichkeiten. Bewegung und Spiel, die wie entkoppelt gewesen waren, hatten wieder zusammen gefunden. Elias Bewegung wirkte nun sinnvoll und erfüllt. Das Schaukeln verschwand völlig. Er konnte sich auch zurück drehen, um sich auszuruhen.

Für Elias Mutter veränderte diese Entwicklung, zusammen mit anderen Erlebnissen bei Monika und Amelie, allmählich den Blick auf ihren Sohn: sie erkannte seinen eigenen Entwicklungsantrieb, erfuhr, dass er nicht nur auf äußere Hilfe angewiesen war, sondern von sich aus viele Fragen an seine Umgebung stellte. Sie verstand, dass der innere rote Faden des Kindes viel wichtiger ist, als die Orientierung an Normtabellen. Ihr Kontakt zu Elias wurde zugewandter und vertrauender. Die andere Physiotherapie, die

darauf abzielte, in der Bewegungsentwicklung vorzugreifen, wurde von den Eltern beendet.

Elias litt auch für ein Kind mit Down Syndrom unter einer ungewöhnlich niedrigen Muskelspannung und brauchte noch viel Zeit, um zum freien Gehen zu kommen (erste freie Schritte mit 3 Jahren und 2 Monaten). Das Vertrauen in sein eigenes Zeitmaß blieb jedoch bei den Eltern durch unsere Unterstützung erhalten, so dass diese lange Strecke besser auszuhalten war.

Heute ist Elias 8 Jahre alt, bewegt sich ausgesprochen sicher und geschickt, spricht erstaunlich gut (seine Sprachentwicklung wurde, angeregt von Monika, sehr früh durch Gebärdenunterstützte Kommunikation gefördert), und besucht erfolgreich eine Integrationsschule.

Dieses Beispiel zeigt für mich, dass der umfassende Blick auf die kindliche Entwicklung, den wir durch Emmi Pikler gelernt haben, uns vor der Gefahr bewahrt, das Kind einseitig zu fördern. Es zeigt, dass eine an der Norm orientierte Forcierung eines Entwicklungsbereiches auf Kosten eines anderen das Kind in seiner Entwicklung blockieren kann. Besonders wichtig finde ich, wie positiv sich der Blick der Mutter auf ihr Kind verändert hat.

Mein zweites Beispiel handelt von einem kleinen Mädchen, Anouk, die in der 25. SSW geboren wurde, also eine sehr frühe Frühgeburt. Anouk erlitt mehrere Hirnblutungen und hatte zwei Hirnoperationen im ersten Lebensjahr. Heute ist sie 2 Jahre und 7 Monate alt und kommt seit Februar in meine Praxis.

Anouk hat aus ihrer dramatischen Vorgeschichte eine leichte Bewegungsstörung zurückbehalten, die man als Rumpfataxie bezeichnet. Die Körperspannung im Rumpf ist gering, die Dosierung ihrer Kraft und das Timing ihrer Zielbewegungen sind für sie schwieriger als für andere Kinder.

Anouk geht an Gegenständen entlang, steht manchmal frei auf, ein paar Schritte geht sie frei. Mit dem Aufstehen an Gegenständen hatte Anouk schon begonnen, bevor sie zu mir kam. Natürlich erwarteten die Eltern, dass ich in erster Linie das freie Gehen mit ihr üben würde. Für mich stand aber die Bewegungsqualität und Sicherheit im Vordergrund. Es war mir wichtig, dass Anouk noch viel sicherer wurde, z. B. bei Bewegungsübergängen wie vom Stehen zurück zum Boden, bevor sie frei geht. Anouk machte sich anfangs beim Fallen vor Schreck stocksteif und fiel so gefährlich, dass man immer in ihrer Nähe sein musste, um sie zu schützen oder aufzufangen. Auch beim Klettern im Knie-Hände-Stütz wirkte sie anfangs steif und sehr unsicher, dabei teils ängstlich, teils riskant. Sie konnte Gefahren nicht gut einschätzen.

Nur durch beharrliches selbständiges Ausprobieren lernen diese Kinder, mit ihren besonderen körperlichen Voraussetzungen zurecht zu kommen. Dafür braucht Anouk eine vielfältige Bewegungslandschaft, in der sie sich mit Freude, in Ruhe, ohne Ablenkung in verschiedener Weise ausprobieren kann. Dabei ist nicht nur die neueste, höchste Position wichtig. Genauso wichtig ist das Verfeinern und Variieren bereits

geübter Bewegungen, in diesem Fall das Krabbeln und Klettern. Die hier gewonnene Sicherheit und Geschmeidigkeit bildet dann die Basis für den nächsten Schritt.

Anouk ist inzwischen viel sicherer und selbständiger geworden. Ich zeige Ihnen gleich einen kurzen Film aus einer Therapiestunde vom Oktober.

Die Eltern haben meine Argumente, dass eine sichere Basis wichtiger ist, als ein paar Wochen früher zu laufen, verstanden und akzeptiert. Anouk wird so vor schmerzhaften Stürzen und Misserfolgen eher geschützt sein und sie wird ihr Gehen als eigenen Erfolg erleben und genießen.

Im Film sehen Sie drei kurze Szenen, in denen Anouk mit Stehen, Gehen, Schieben, etwas einfüllen oder hineinstecken, sowie selbst in etwas hineinklettern, experimentiert.

Film (3min, 30sec)s

Das war nur ein kurzer Eindruck. Unsere Therapien können sehr unterschiedlich aussehen, folgen aber immer dem Ziel, Autonomie zu erhalten und zu fördern.

Abschließend möchte ich sagen, dass ich ausgesprochen dankbar dafür bin, dass ich die Gedanken Emmi Piklers in meine therapeutische Arbeit integrieren kann, weil mir die Kinder täglich zeigen, wie gut es ihnen tut. Eine weitere Verbreitung des Pikler-Ansatzes in der Therapie mit Säuglingen und Kleinkindern ist eines unserer Ziele, für das wir uns einsetzen wollen.

Pikler Gesellschaft Berlin e.V.